Rok II Seria II Kraków Nr 1—3 (1 stycznia — 15 lutego 1946)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Lekarzy P. P., Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Organ publikacyjny Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11 a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok II Seria II Kraków Nr 1—3 (1 stycznia—15 lutego 1946)

PRZEGLĄD LEKARSKI

MĘCZENNICY

CIESZYŃSKI Antoni (1882) dr w. n. lek., prof. zwyczajny stomatologii, kierownik Kliniki stomatologicznej, b. dziekan.

DOBRZANIECKI Władysław (1897) dr w. n. lek., doc. chirurgii, ordynator Oddziału chirurg. Państwowego Szpitala Powszechnego.

GREK Jan (1875) dr w. n. lek., doc. patologii i terapii szczeg. chorób wewn., prof. tyt., adiunkt Kliniki chorób wewn., p. o. kierownika Kliniki propedeutycznej chorób wewn. Wraz z nim: Jego żona, Maria, z domu Pareńska, 1-mo voto Raczyńska, 2-do voto Jasińska i jej szwagier: ŻELEŃSKI-BOY Tadeusz (1874) dr w. n. lek., pisarz, członek Akademii Literatury.

GRZĘDZIELSKI Jerzy Michał (1901) dr w. n. lek., doc. okulistyki, adiunkt Kliniki okulistycznej.

HILAROWICZ Henryk (1890) dr w. n. lek., doc. chirurgii, prof. tyt.

MĄCZEWSKI Stanisław (1892) dr w. n. lek., doc. położnictwa i ginekologii, dyrektor Państwowego Zakładu Położniczego, prof. Szkoły Położnych, ordynator Oddziału ginekologicznego Państw. Szpitala Powszechnego.

NOWICKI Witołd (1878) dr w. n. lek., prof. zwycz. anatomii patologicznej, kierownik Zakładu anatomii patolog., prosektor Państw. Szpitala Powsz., b. dziekan, członek cz. Polskiej Akademii Umiejętności i Tow. Naukowego we Lwowie, prezes Lwowskiej Izby Lekarskiej. Wraz z nim syn.

OSTROWSKI Tadeusz (1881) dr w. n. lek., prof. nadzw. chirurgii, kierownik Kliniki chirurgicznej, b. dziekan, kawaler Krzyża komandorskiego „Odrodzenia Polski". Wraz z nim: Jego żona, Jadwiga, z domu Szczuka, 1-mo voto Downarowiczowa, jakoteż współmieszkający: KOMORNICKI, ksiądz, RUFF Stanisław (1872) dr w. n. lek., prymariusz Oddziału chirurgicznego Szpitala żydowskiego i jego żona z domu Blumenfeldówna.

PROGULSKI Stanisław (1874) dr w. n. lek., doc. pediatrii, prof. tyt. adiunkt Kliniki pediatrycznej., Wraz z nim syn, Andrzej.

RENCKI Roman (1867) dr w. n. lek., prof. honorowy i em. zwycz. patologii i terapii szczegółowej chorób wewn., kierownik Kliniki chorób wewn., b. dziekan, członek koresp. Polskiej Akademii Umiejętności, kawaler Krzyża komandorskiego „Odrodzenia Polski".

SIERADZKI Włodzimierz (1870) dr w. n. lek., prof. zwycz. medycyny sądowej, kierownik Zakładu medycyny sądowej, b. dziekan i rektor, kawaler Krzyża komandorskiego „Odrodzenia Polski" i Legii honorowej.

SOŁOWIJ Adam (1859) dr w. n. lek., emer. prof. zwycz. położnictwa i ginekologii, emer. dyrektor Państw. Zakładu Położniczego i prof. Szkoły położnych, emer. ordynator Oddziału ginekolog. Państw. Szpitala Powszechnego. Wraz z nim wnuk, MIĘSOWICZ.

Oto lista żałobna przedstawicieli nauk lekarskich, ofiar tragedii lwowskiej, jakoteż ich rodzin, a nawet przygodnych towarzyszy. Wszyscy oni, w liczbie 21 osób, obok wielu innych uczonych lwowskich różnych zawodów, zostali w nocy z 3 na 4 lipca 1941 roku zabrani ze swych mieszkań przez policję niemiecką pod pozorem konieczności przesłuchania... Nikt z nich nie powrócił do domu. Opinia publiczna, zrazu nie dająca wiary potwornej zbrodni, — tak potwornej, że nie mógł jej pojąć umysł cywilizowanego człowieka, — zrozumiała z czasem straszliwą prawdę. Na dręczące pytania: *kiedy*, *gdzie* i *jak*, — odpowiedzi nie było. I dotąd jej niema. Może ją da — kiedyś — przyszłość. My dziś pochylmy czoła w głębokim bólu i **uczcijmy wierną pamięcią prochy zgładzonych Kolegów i ich bliskich.**

Komitet redakcyjny „Przeglądu Lekarskiego".

Dr D. ALEKSANDROW Warszawa

Ze spostrzeżeń klinicznych działania etiopiryny

Z 2 Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. (Dyrektor Prof. Dr Med. Witold Orłowski)

Z polecenia prof. Witolda Orłowskiego przeprowadziłem w 2 Klinice Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Dz. Jezus badania etiopiryny firmy Wander która jest syntetycznym związkiem chemicznym (kwas oksychinolinosulfochinizinopięciooksykapronowy).

Przed przystąpieniem do spotrzegań działania etiopiryny u chorych przeprowadziłem badania co do toksyczności tego przetworu u pięciu zdrowych osób, zwracając uwagę na stan podmiotowy oraz na zachowanie się układu krążenia, przewodu pokarmowego, układu krwiotwórczego i narządu moczowego, stosując 6 tabletek etiopiryny dziennie (3 g) w przeciągu tygodnia. Nie stwierdziłem żadnego wpływu toksycznego: podawanie etiopiryny nie powodowało żadnych objawów niestrawności, nie wpływało na ciśnienie tętnicze krwi, nie wywoływało zmian w moczu ani w składzie morfologicznym krwi.

Spostrzegania u chorych trwały 6 miesięcy. Materiał ten obejmuje 50 przypadków dających się podzielić na następujące grupy:

1) zapalenia błon surowiczych (12 przypadków);
2) zapalenia stawów (11 przypadków):
   a) ostre i b) przewlekłe;
3) gruźlica płuc (4 przypadki);
4) choroby płuc (6 przypadków);
5) posocznic (3 przypadki);
6) grypa (4 przypaki);
7) ziarnica złośliwa (1 przypadek);
i 8) bóle gośćcowe i neuralgiczne (9 przypadków).

Zapalenia błon surowiczych

Wśród 12 spostrzeganych zapaleń błon surowiczych było 8 wysiękowych gruźliczych zapaleń opłucnej, 2 przypadki wysiękowego zapalenia wielosurowiczego oraz po jednym przypadku wysiękowego międzypłatowego zapalenia opłucnej i suchego zapalenia opłucnej.

Przytoczę kilka charakterystycznych przebiegów ogólnej ciepłoty ciała.

H. R., 17 lat (Dz. Kl. Nr 244, 1941). *Pleuritis exsudativa dextra tbc.* Początek drugiego tygodnia choroby. Gorączkuje do 39,8°, bardzo osłabiona, łaknienie wybitnie upośledzone, kłucie w prawym boku. Wysięk opłucny sięga do II żebra, przesunięcie serca w lewo do lewej linii środkowej obojczykowej. Dnia 1 III podano 0,5 etiopiryny 5 razy dziennie (2,5 g). Gorączka tegoż dnia wyraźnie obniżyła się z 39° do 37,4°, przy czym nie towarzyszyły temu poty. W następnych 4 dniach ogólna ciepłota ciała utrzymywała się na poziomie 36,8°—37,4°. Poczucie znacznie lepsze, kłucie w boku ustąpiło, łaknienie poprawiło się, sypia dobrze. Po odstawieniu etiopiryny w dniu 5 III chora zaczęła znów gorączkować: w pierwszym dniu ku wieczorowi do 38°, a w drugim do 39°; objawy tosyczne wzmogły się, straciła łaknienie i sen, zaczęła odczuwać bóle w boku. Po powtórnym podaniu etiopiryny gorączka znów spadła tegoż dnia do 36,4°, poczucie dobre.

J. J., 39 lat (Dz. Kl. Nr 211, 1941). *Pleuritis exsudativa sinistra tbc.* Drugi dzień choroby. Gorączkuje do 38,8°. Po podaniu etiopiryny (3 g dziennie) ogólna ciepłota ciała wyraźnie obniżyła się — z 38,8° do 35,8°; ranem następnego dnia i przez 6 dni podawania etiopiryny utrzymywała się na poziomie 36,8°—36°. Obniżeniu ciepłoty nie towarzyszyły poty. Stan podmiotowy chorej uległ znacznej poprawie. Po odstawieniu etiopiryny, następnego dnia ogólna ciepłota ciała podniosła się do 38,4° wieczorem i 37,2° z rana. Stan podmiotowy pogorszył się. Ponowne podanie etiopiryny wywołało spadek gorączki tego samego dnia ku wieczorowi do 37°.

W podobny sposób przebiegały podmiotowo i co do zachowania się ogólnej ciepłoty ciała pozostałe przypadki zapalenia wysiękowego opłucnej, leczone etiopiryną. W żadnym z nich nie stwierdzono najmniejszego toksycznego wpływu etiopiryny na ustrój. Poziom wysięku opłucnego nie uległ zmianie.

Celem ustalenia wielkości dawki, działającej w grupie zapaleń błon surowiczych, rozpoczęliśmy w jednym przypadku (J. P. 19 lat, Dz. Kl. Nr 254, 1941. *Pleuritis exsudativa tbc.* Pierwszy tydzień choroby) podawanie etiopiryny od 1 g dziennie, zwiększając stopniowo dawkę. Wyraźne działanie przeciwgorączkowe nastąpiło dopiero po dawce 2,5 g dziennie.

Działanie przeciwgorączkowe etiopiryny w zapaleniach błon surowiczych okazało się silniejsze od działania przetworów salicylowych.

Jako przykład mogą służyć następujące przypadki: H. D., 24 lat Dz. Kl. Nr 89, 1940). *Polyserositis tbc.* Pomimo podawania przetworów salicylowych przez 7 dni, w dawce 4 gr dziennie, ciepłota nie obniżyła się. Podanie etiopiryny miało wybitny wpływ na przebieg ciepłoty, mianowicie ciepłota ciała z 37,7° obniżyła się po 12 godzinach, do 36,4° i pozostawała przez 4 następne dni zażywania leku na poziomie 36°—36,8°, a po odstawieniu etiopiryny tegoż dnia podniosła się ku wieczorowi do 38°. A. S., 56 lat (Dz. Kl. Nr 283, 1940—41). *Polyserositis (pleuritis exsudativa sinistra, pericarditis). Insufficientia circulatoria cardiaca.* Przetwory salicylowe, podawane przez 6 dni w dawce po 3 g na dobę, ciepłoty nie obniżyły. Wpływ etiopiryny na ciepłotę ciała wyraźny, mianowicie obniżyła się ona z 38,6° do 36°. Natomiast nie stwierdzono wpływu etiopiryny na skrócenie czasu trwania choroby ani na przyspieszenie wchłaniania wysięków.

Choroby stawów (11 przypadków)

W ostrym gośćcu stawowym etiopiryna ustępuje pierwszeństwa przetworom salicylowym.

Jako przykład przytoczę następujący przypadek: G. W., 24 lat (Dz. Kl. Nr 1, 1940). *Infectio rheumatica acuta e tonsillitide purulenta sub forma endomyocarditidis et polyarthritidis subsequente insufficientia valvulae mitralis. Tonsillectomia sub finem curae.* Chora była leczona salicylanem sodu przez 2 tygodnie po 8 g dziennie. Lek ten wybitnie obniżał gorączkę oraz zmniejszał bóle i objawy zapalne w stawach. Po odstawieniu salicylanu sodu i podaniu etiopiryny

(3 g dziennie) ciepłota ciała podniosła się, bóle i objawy zapalne stawów spotęgowały się. Po powtórnym podaniu salicylanu sodu gorączka obniżyła się, poczucie znacznie poprawiło się.

Również w podostrym gośćcu etiopiryna okazała się mało skuteczną. Natomiast w przewlekłym gośćcu stawowym obserwowaliśmy niejednokrotnie dobry wpływ etiopiryny.

H. R., 35 lat (Dz. Kl. Nr 104, 1940). *Polyarthritis rheumatica chronica exacerbata ankylopoetica. Status post tonsillectomiam in decursu curae factam.* W lipcu 1926 roku ostre zapalenie stawów. W 1936 roku nawrót, po którym pozostało upośledzenie ruchów w lewym stawie kolanowym. We wrześniu 1939 roku nowy nawrót. Do kliniki przybyła 17 IX 1940 roku. Przedmiotowo obrzmienie i zniekształtnienie lewego stawu kolanowego, prawego łokciowego, obydwu nadgarstkowych. Skóra w okolicy wymienionych stawów zaczerwieniona i bardziej ucieplona, ruchomość bierna i czynna znacznie upośledzona. 21 VI usunięcie migdałków podniebiennych i podejrzanych zębów. Leczona przetworami salicylowymi (4 g dziennie) i amidopyryną (3 g dziennie). Poprawa postępowała bardzo wolno. Bóle i obrzmienie stawów nadal utrzymywały się. 7 X podano etiopirynę 3 g dziennie. Bóle znacznie zmniejszyły się, a po tygodniu ustąpiły. Obrzmienie stawów również zmniejszyło się, rozpiętość ruchów większa. Chora wypisała się z kliniki ż nieznacznym tylko ograniczeniem ruchów w lewym stawie kolanowym i prawym łokciowym. Prócz tego przypadku stwierdzono jeszcze w 4 przypadkach przewlekłego gośćca stawowego w okresie zaostrzenia dodatni wpływ etiopiryny, przede wszystkim przeciwbólowy i przeciwgorączkowy. Natomiast w 5 przypadkach przewlekłego gośćca stawowego w okresie niezaostrzenia leczenie etiopiryną nie dało żadnego wyniku.

Gruźlica płuc (4 przypadki)

Wyraźny przeciwgorączkowy wpływ etiopiryny stwierdziliśmy w przypadkach gruźlicy płuc.

Godny zaznaczenia jest fakt, że spadek gorączki w przypadku gruźlicy płuc po etiopirynie następuje bez potów.

Choroby płuc (6 przypadków)

W grupie tej znajdują się przypadki odoskrzelowego zapalenia płuc, ropni płuc i rozszerzenia oskrzeli. Stwierdzono wyraźny wpływ przeciwgorączkowy. Przyczynowego działania nie stwierdzono.

Posocznice (3 przypadki)

Stwierdzono objawowe działanie obniżające gorączkę, zmniejszające bóle głowy i stawów.

Grypa (4 przypadki)

W przypadkach grypy etiopiryna wyraźnie obniża gorączkę, usuwa bóle głowy, stawów oraz bóle mięśniowe.

Ziarnica złośliwa (1 przypadek)

Bardzo wyraźny dodatni wpływ etiopiryny uzyskaliśmy w przypadku ziarnicy złośliwej.

E. L., 31 lat (Dz. Kl. Nr 825, 1940—41). *Lymphogranulomatosis maligna.* Zgłosił się do kliniki 23 VIII 40 roku z powodu gorączki trawiącej, wstrząsających dreszczów, obfitego pocenia się oraz bólów w lewym boku. Badaniem przedmiotowym z odchyleń od stanu prawidłowego stwierdza się odżywienie upośledzone, wątroba wystaje na $1^1/_2$ palca spod łuku żebrowego, miękka, bolesna, śledziona wystaje na 3 palce poprz. spod łuku żebrowego, twarda, niebolesna. Gruczoły chłonne niewyczuwalne. W składzie morfologicznym krwi z odchyleń od stanu prawidłowego stwierdza się leukocytozę — 12.400, bez przesunięcia w lewo. Radiologicznie wyraźne powiększenie prawych gruczołów wnękowych.

Obok podstawowego leczenia promieniami Rentgena dążono do obniżenia gorączki, która ogromnie wyniszczyła chorego, wpływając ujemnie na łaknienie i sen. Przetwory salicylowe i chinina nie obniżały ciepłoty. 8 XI zastosowano etiopirynę. 9 XI poczucie znacznie lepsze, nie gorączkuje, śpi dobrze, łaknienie lepsze, 17 XI — poprawa coraz większa, jest silniejszy, łaknienie wzmożone, dużo śpi, czuje się prawie zdrowym. Prosi o pozwolenie wstawania z łóżka. 5 XII odstawiono etiopirynę. Poczucie gorsze, ciepłota ciała, przez cały czas zażywania etiopiryny prawidłowa, podniosła się do 38,6°. 6 XII podano znów etiopirynę — nie gorączkuje. 17 XII odstawiono etiopirynę, ciepłota wieczorem 38,4°.

Wpływ etiopiryny w tym przypadku jest bardzo wyraźny; etiopiryna obniża gorączkę do stanu prawidłowego, usuwa dreszcze i poty, poprawia łaknienie, przywraca sen, przez to poprawia odżywienie i ogólny stan chorego, nie uszkadzając zupełnie układu krążenia. W danym przypadku etiopiryna ma wyraźne pierwszeństwo przed przetworami salicylowymi i chininą, które zastosowane w dużych dawkach nie potrafiły nawet nieznacznie obniżyć gorączki. Działanie etiopiryny nie zbiegło się z okresem zwolnienia (remisji) ziarnicy złośliwej, ponieważ 1) okresy zwolnień i gorączkowe następowały po sobie z matematyczną dokładnością i podczas pobytu w klinice dawały się zawsze z góry przewidzieć, 2) podczas 3-miesięcznego stosowania etiopiryny ciepłota ciała utrzymywała się stale w granicach prawidłowych, 3) dwukrotnie przeprowadzona próba odstawienia etiopiryny w tym samym dniu pociągała za sobą skok gorączki do 38,6°, a po ponownym zastosowaniu etiopiryny ciepłota znów spadała; 4) w okresach bezgorączkowych i dobrego stanu podmiotowego nie stwierdzono cech przedmiotowych ani hematologicznych zwolnienia choroby zasadniczej. Spostrzeżenie to zachęca do stosowania etiopiryny w gorączkowych przypadkach ziarnicy złośliwej, jako dobrego leku objawowego.

Bóle gośćcowe i neuralgiczne (9 przypadków)

W przypadku rwy kulszowej mieliśmy możność stwierdzić przeciwbólowe działanie etiopiryny. W jednym przypadku wiądu rdzenia etiopiryna usuwała bóle kończyn dolnych. Prócz tego, w kilku przypadkach mięśniowych bólów gośćcowych stwierdziliśmy wyraźne przeciwbólowe działanie etiopiryny.

Wnioski:

1) Etiopiryna jest skutecznym środkiem objawowym, przeciwgorączkowym i przeciwbólowym, dzia-

łającym często w tych przypadkach, gdzie inne środki przeciwgorączkowe zawodzą.

2) Obniżając gorączkę etiopiryna nie wywołuje potów.

3) W przypadkach ostrego gośćca stawowego etiopiryna ustępuje przetworom salicylowym.

4) Etiopiryna nie wywiera działania toksycznego na ustrój ludzki zdrowy i chory.

Dr JANUSZ PETER
dyrektor Szpitala

Tomaszów Lubelski

Obustronny nabyty brak górnych części kości ramieniowych

W dniu 23 października roku 1940 skierowano do Szpitala w Tomaszowie Lubelskim z Obozu Pracy w Bełżcu z podejrzeniem na czerwonkę Jana Roczynę, lat 60, zamieszkałego w Źrebiu, Gmina Sułów w powiecie Zamojskim.

Wywiady: żonaty, bezdzietny, odbył służbę wojskową w wojsku rosyjskim i wojnę na Dalekim Wschodzie w roku 1905-tym, napojów wyskokowych nigdy nie nadużywał, pali miernie. W dzieciństwie przebył odrę, poza tym nie chorował, aż dopiero w 44-tym roku życia, rzekomo po przeziębieniu, zapadł na chorobę, która ciągnęla się przez kilka lat i uczyniła go na stałe niezdolnym do pracy na roli. Cierpienie to rozwijało się w tempie dość powolnym, wśród bólów w górnych częściach ramion i pasów barkowych, promieniujących poprzez okolicę łopatek ku górnej części kręgosłupa i obrzmienia górnych części obu ramion i okolic stawów barkowych. Zasięgnął porady u jednego z lekarzy zamojskich, który pobrał krew z żyły łokciowej, kiedy zaś nadeszła odpowiedź, że krew jest „czysta", rozpoznał zapalenie stawów. Pomimo leków wewnętrznych, stosowania różnych okładów, zastrzyków itp. dolegliwości nie zmniejszyły się. Owszem, powiększył się obrzęk ramion, a wraz z nim wzrosły i bóle, pomimo, że starał się jak najmniej wykonywać ruchów. Na pytanie, czy sprawa przebiegała z gorączką, nie może dać pewnej odpowiedzi. Zdaje się, że nie, lub niewysoko, albowiem wstawał i doglądał gospodarstwa. Mniej więcej po upływie półtora roku, względnie nieco dłuższym, poczęły cienieć górne części ramion, później okolice obu stawów barkowych poczęły się zapadać. Po około pięciu latach zaprzestał leczenia, ponieważ dotąd stosowane leki, dalej okłady i elektryzacje w niczym nie przeszkodziły rozwinięciu się kalectwa. Nastąpiło nie tylko osłabienie siły mięśniowej w obu górnych kończynach, ale przede wszystkim ograniczenie ruchomości w stawach barkowych. Do gospodarki kilkunastomorgowej musiał nająć daleko większą niż dotąd czeladź. Kiedy Niemcy zajęli Polskę, rola stanęła niemal odłogiem, gdyż większość robotników zabrano mu do robót w głębi Rzeszy. Za karę za nieoddanie kontyngentu zbożowego i złe prowadzenie gospodarstwa zesłany został do Obozu Pracy w Bełżcu. Tu po kilku dniach rozchorował się na ciężką biegunkę z powodu spożywania niedogotowanej strawy. Lekarz obozowy odmówił początkowo skierowania go do szpitala. Dopiero po upływie około dwóch tygodni przewieziono go wraz z innymi chorymi, kiedy choroba w obozie gwałtownie poczęła się szerzyć *.

Badanie przedmiotowe wykazało: wzrost średni, słaba budowa ciała, bardzo liche odżywienie. Głowa nieco pochylona wprzód, górna część tułowia zgarbiona, barki opadnięte i nieco wygięte ku przodowi, górna część klatki piersiowej zapadnięta, łopatki nieznacznie odstające. Zgarbienie rozpoczyna się w dolnej okolicy szyji, najsilniej jest wyrażone na wysokości łopatek i zmniejsza się stopniowo w dolnej okolicy klatki piersiowej. Poza tym kręgosłup wygięty jest równocześnie w bok, ku stronie lewej *(Kyphoscoliosis)*.

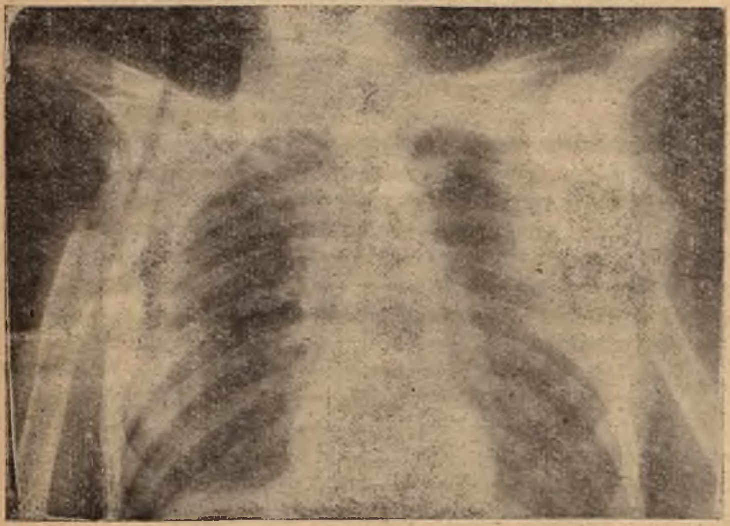
Mięśnie objęte zanikiem wyraźniej w obrębie łopatek, w mniejszym stopniu w górnych częściach ramion i klatki piersiowej. Inne, poniżej na tułowiu, przedramionach i kończynach dolnych rozwinięte proporcjonalnie. Skóra i błony śluzowe od zewnątrz widzialne blade, stopy lekko obrzękłe, zasinione. Źrenice równe, oddziaływujące na światło. Obmacaniem nie stwierdza się żadnych punktów bolesnych na głowie, tułowiu i kończynach. Okolice ramion, nawprost stawów barkowych, zapadnięte, ze schodkowatym wgłębieniem poniżej wystającego wyrostka barkowego (z każdej strony). Obmacywaniem tych zagłębień stwierdza się puste stawy barkowe; poniżej, mniej więcej na wysokości przyczepów mięśni naramiennych, *(musc. deltoidei)*: równo, poprzecznie ścięte końce kości ramieniowych. Całość niebolesna na ucisk, podobnie jak i kręgosłup. Ruchy w obu stawach utrzymane. Chory z pewnym trudem może podnieść ramiona, przy dużym wysiłku nawet do poziomu stawów barkowych. Podczas tego, w każdym zagłębieniu, zaznacza się wyraźnie załamanie, w postaci wcięcia. Ruchy w innych stawach rąk i kończyn dolnych prawidłowe. Siła uścisku ręki obustronnie odpowiednia do wieku i ogólnego stanu.

Jak twierdził dr Klimkiewicz, który przeprowadził badanie, czucie skóry na dotyk, ciepło i zimno

*) Chory ten dostał się do Pierwszego Obozu Pracy w Bełżcu, który zlikwidowały władze niemieckie w roku 1940 z nastaniem zimy. Ukończono bowiem obwałowanie graniczne pomiędzy Generalnym Gubernatorstwem Polskim, (tak się bowiem początkowo zwało), a Wschodnią Małopolską, którą zajęła Rosja Sowiecka. Do tego obozu zesłano tylko niewielu Chrześcian, poza tym samych Żydów. Komendantem obozu był major Dolp, który za najdrobniejsze przewinienie pracownika ostro wymierzał karę. Ostatnim pewną pomoc materialną niósł Komitet Żydowski, złożony z delegatów Rad Żydowskich różnych miejscowości, głównie Lubelszczyzny. Komitet ten fungował swobodnie poza obrębem obozu i zorganizował pracownie: szewską, krawiecką itp., które załatwiały w pierwszym rzędzie potrzeby komendanta i straży. Opłacał też lekarza obozowego, niejakiego dra Fejgelesa, ponosił koszta leków i szpitala. Nieliczni chrześcijańscy zesłańcy byli zdani na własną kieszeń. Z ubolewaniem należy wytknąć fakt, że każda rzecz miała swą cenę: zwolnienie z obozu kosztowało 1000 złotych, również i przekazanie do szpitala było odpłatne, w wysokości zależnej od zdolności płatniczej chorego.

prawidłowe, nieco osłabione w okolicy pasów barkowych.

Narządy wewnętrzne bez zmian większych. Serce w granicach prawidłowych, tony głuche. Tętno 104, słabo napięte. Dolne granice płuc nieco obniżone. Nad obu płucami stwierdza się przysłuchem pojedyncze świsty i furczenia. Brzuch wklęsły, bolesny na obmacywanie; kruczenia w okolicy prawego dołu biodrowego. Śledziona niemacalna, wypukiem niepowiększona. Mocz bez zmian. Stolec wodnisty, cuchnący. Ciepłota ciała 38,6^0. Rozpoznano: brak nabyty obu górnych części kości ramieniowych, rozedmę płuc, ostry nieżyt kiszek. Zdjęcie klatki piersiowej wykazało: puste stawy barkowe, tarczowate, poprzeczne ścięcie, jakby nożem, obu kości ramie-

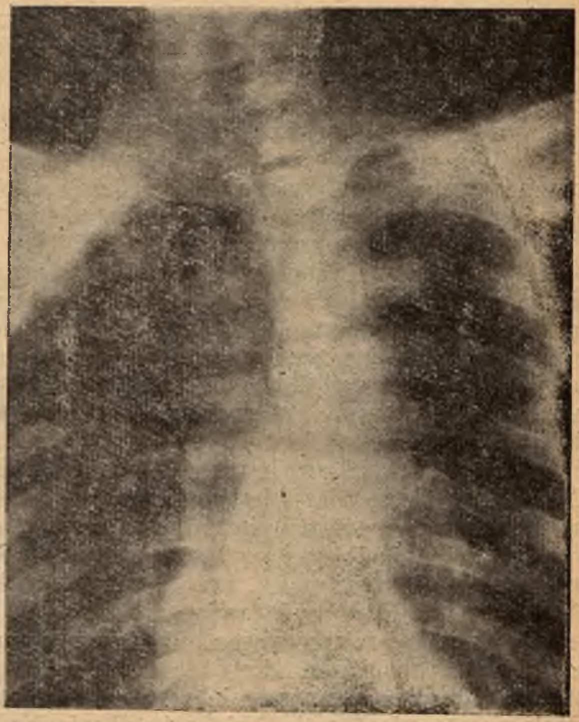


niowych na wysokości przyczepów mięśni naramiennych, rozrzedzenie utkania kostnego w obrębie szyjki łopatki lewej, w stopniu nieco mniejszym, aniżeli po stronie prawej. Po tej ostatniej widoczne w całości zarysy panewki stawowej, z jakby wywiniętym brzegiem, tworzącym wianuszkowato ułożone oczka, po lewej widnieją jedynie reszki panewki, mianowicie jej dolnej części. Skutkiem tego zagłębienie dołu stawowego jest tu głębsze, aniżeli po stronie prawej. Skrzywienie kręgosłupa w części piersiowej, zmiany destrukcyjne w kręgu szyjnym piątym i szóstym w postaci ubytków w trzonie i oddzielenia obu wyrostków poprzecznych, których resztki tkwią po obu jego bokach. Zdjęcie kręgosłupa wykazuje spłaszczenie również i kręgu szyjnego siódmego jakoteż nieznaczne ubytki w jego trzonie.

Po tygodniu poprawa podmiotowa i przedmiotowa. Obrzęk kończyn dolnych zanikł. Ciepłota ciała, która przez pierwszych kilka dni utrzymywała się na jednakowym poziomie, do 38,6^0, poczęła wykazywać skłonność do spadku stopniowego. Chory odszedł w dniu 1 listopada r. 1940 do miejsca zamieszkania, korzystając z okazji nawinięcia się podwody z tej samej gminy.

Aczkolwiek dr Klimkiewicz zdawał sobie sprawę z ważności tego przypadku na tle kazuistycznym, to jednak chętnie zgodził się na zwolnienie go ze stanu chorych szpitala, z powodu dużego napływu chorych i braku miejsca. W ślad za chorym wysłaliśmy pismo do lekarza powiatowego w Zamościu z prośbą o dokładniejsze zbadanie czucia skóry, pozostało ono jednak bez odpowiedzi. W niedługi czas potym przyszła pierwsza fala wysiedlań ludności polskiej z Zamojszczyzny, która zmiotła z widnokręgu naszego chorego.

Poza faktem dostania się podobnego chorego do Obozu Pracy w Bełżcu, bądź co bądź o charakterze



wybitnie karnym, pozostaje strona czysto naukowa, wymagająca wyjaśnienia, na jakim tle doszło do obustronnego, symetrycznego rozpuszczenia się obu górnych nasad kości ramieniowych.

Początkowo mniemaliśmy, że uda się nam znaleźć odpowiednik w radiologicznej literaturze, tymczasem rozejrzenie się w niej nie doprowadziło do celu. Owszem, podobne przypadki symetrycznych zniszczeń części kostnych są znane, ale na tle destruktywnego działania nowotworów. W naszym jednakże przypadku sprawa taka absolutnie nie wchodziła w grę. Z innych chorób znaleźliśmy przykłady przeważnie jednostronnego nabytego braku nasady długiej kości. (Takich samych wrodzonych braków nie braliśmy zupełnie pod uwagę). Jeśli chodzi o obrazowe podobieństwo pomiędzy naszym chorym, a innymi z jednostronną tylko sprawą, najwięcej mogliśmy się go dopatrzyć z jamistością rdzenia, czyli syringomyelią. Znaleźliśmy niemało z nią podobieństw tak w literaturze kazuistycznej, jak i w podręcznikach rentgenologicznych, np. w polskim Stanisława Rubinrota. Zresztą po zasięgnięciu porady u profesorów: Artwińskiego i Grucy, jakoteż docenta Grabowskiego we Lwowie, zgodnie zaopiniowano, że na podstawie analizy danych z wywiadu i badania przedmiotowego, nade wszystko zaś na podstawie obrazu rentgenowskiego, przypuszczalnie, a nawet z wszelką pewnością (według docenta

Grabowskiego), można mówić o następstwie, widywanym w jamistości rdzenia.

Upadła zatem nasza początkowa teza, jakoby w tym przypadku mogło chodzić o następową osteolizę na tle uciskowym w zapaleniu szpiku kostnego szóstego, czy jeszcze jednego, sąsiedniego kręgu szyjnego. Odpadły stopniowo i inne domniemane przyczyny na tle nerwowo-dokrewnym (endokrinalnym), witaminowym itd. o czym szerzej mówimy poniżej, różniczkując istotę schorzenia.

Jak wiadomo, z punktu widzenia anatomo-palogicznego, istnieją dwie zasadnicze postacie artropatii na tle jamistości rdzenia: częstsza przerostowa i rzadsza zanikowa. W niektórych przypadkach stwierdza się występowanie obu cech jednocześnie. Obok silnej destrukcji widzi się nowotworzenie tkanki kostnej w okostnej i w tkankach okołostawowych. U naszego chorego chodzi o postać zanikową. Że tło zostało słusznie rozpoznane, znaleźliśmy na to niemało dowodów. Przede wszystkim za jamistością rdzenia przemawia opis wyglądu zewnętrznego chorego. Charakterystyczne byłoby pochylenie wprzód głowy i zgarbienie górnej części tułowia. Wskazują one na typ ramienno-łopatkowy *(typus humeroscapularis)* Rotha, odznaczający się zanikiem mięśni w obrębie pasa barkowego, a nawet grzbietu i klatki piersiowej. (Thorax en bateau Marie'a i Astier'a, obliczany na około 20°/₀ chorych z jamistością rdzenia). U naszego chorego była łódkowata klatka piersiowa, zagłębienie jej zaś pogłębiło ponadto zagięcie górnych części ramion ku przodowi. Wnioskować o tym można i na podstawie załączonych zdjęć klatki piersiowej i kręgosłupa. Mianowicie po stronie prawej proksymalny koniec kości ramieniowej jest w mniejszym stopniu zwichnięty do dołu pachy, aniżeli po stronie lewej. Obie osie długie kości ramieniowych przyjmują kierunek zbieżny ku górze i nieco ku przodowi.

Za jamistością rdzenia w naszym przypadku przemawiają i dane anamnestyczne. Zgodnie z zapodaniem chorego na początku choroby sprawa przebiegała wśród znacznych dolegliwości. Taki przebieg, zwany *syringomyelia dolorosa* (H. Curschmanna i Stajonovica), należy do rzeczy znanych. W ogromnej jednak większości przebieg bywa albo mało, lub zupełnie bezbolesny, tak, że w razie konieczności przeprowadzenia zabiegu krwawego w dotyczącej kończynie, jak np. w przypadku Sleka Franciszka, można się obejść bez jakiegokolwiek znieczulenia.

Choć schorzenia systemowe rdzenia pacierzowego rzadko kiedy są dostępne badaniu radiologicznemu, to jednak o ich istnieniu możemy się dowiedzieć na drodze pośredniej przez zmiany neuropatyczne, wywołane w stawach i kościach. Zmiany w tych ostatnich są tak znamienne, że jak zauważył M. Schieber, naprowadzić mogą rozpoznanie na właściwe tory, zanim jeszcze wystąpią typowe dla tych schorzeń systemowych (wiądu rdzenia i jamistości rdzenia) objawy neurologiczne. W naszym przypadku badanie radiologiczne miało niepoślednie znaczenie w ustaleniu rozpoznania.

Aczkolwiek rentgenolog na podstawie zdjęcia ogranicza się do dokładnego opisu siedziby i rozmiarów, czy zasięgu zmian kostnych, jest jednak w stanie, bodaj ogólnikowo, podać etapy, poprzez które doszło do stanu, który w danej chwili uchwycił na kliszy. O tym może wnioskować na podstawie znajomości elementarnych procesów fizjologicznych i patologicznych, jak np. zaniku tkanki kostnej (atrofji), jej dziurkowatości (osteoporozy) i rozpuszczenia się kości czyli osteolizy. Zresztą co się tyczy zmian w kościach w jamistości rdzenia istnieją dość szczegółowe wyniki badań anatomopatologicznych, synchronizowane z badaniami radiologicznymi.

Z punktu widzenia patogenetycznego we wszystkich procesach, zachodzących w tkance kostnej, mamy do czynienia z zaburzeniem czynności osteoblastów i osteoklastów. Poszczególne etapy tych zaburzeń można śledzić drobnowidowo, a ich następstwa, o ile rozprzestrzenią się makroskopowo — w obrazie rentgenowskim. Na podstawie tego ostatniego nie jesteśmy jednak w stanie rozstrzygnąć w naszym przypadku, czy stwierdzone zmiany nastąpiły skutkiem li-tylko zwiększonej rozbiórki tkanki kostnej przy jednoczesnym zmniejszeniu jej rozbudowy, czyli rozrostu. O tym bowiem możemy wnioskować jedynie pośrednio. Niezawodnie osteolizę musiała poprzedzić dziurkowatość, tę zaś zanik tkanki kostnej. Ostatni powstał niewątpliwie w następstwie zaburzeń odżywczych. Te zaś miały swe źródło: 1) w wysięku stawowym, 2) obrzęku górnych części obu ramion i 3) unieruchomieniu tych ostatnich z powodu bólów. Bolesny obrzęk okołostawowy był właśnie pierwszym objawem, na który chory zwrócił uwagę. Tkanki okołostawowe i skóra skutkiem przenikania do nich płynu obrzękowego stały się ciastowate. Obrzmienie pociągnęło za sobą: 1) zastój krwi, (nie mało też, gdyż wskutek unieruchomienia odpadł bardzo ważny czynnik dla prawidłowego krążenia krwi, mianowicie działanie ssące mięśni) i 2) wzmożenie się ciśnienia krwi w obrębie dotyczących odcinków kości, co znowu dało upust do wzmożenia się działalności osteoklastów. Dla nas ważnym dalszym szczegółem dowodowym jest zapodanie chorego o wzmożeniu bólów po pojawieniu się obrzęku w obrębie obu górnych części ramion. Owo wzmożenie bólów da się łatwo wytłumaczyć przekrwieniem, któremu stale towarzyszą bóle. (Rozumie się, jeśli chodzi o nasz przypadek *syringomyelia dolorosa*). Jeśli u chorego bóle stały się narastające, to przypisaćby to należało zwiększeniu odruchowego, tym większego niż dotąd, unieruchomienia obu kończyn górnych i pasów barkowych. Pogłębiły one bowiem jedynie błędne koło przez wyeliminowanie innych części kostnych, wchodzących w skład obu stawów barkowych. Nic dziwnego, że niebawem musiał nastąpić nowy etap dzięki coraz to intenzywniejszej działalności osteoklastów: dziurkowatość kości. Zanik tkanki kostnej pogłębił się przez poszerzenie kanalików kostnych Haversa i Volkmanna, kanalików odżywczych, coraz większe ciśnienie beleczków, wpierw we warstwie gąbczastej, później we warstwach coraz bliższych warstwie korowej, przede wszystkim zaś przez ustanie procesu appozycyjnego. W utkaniu kostnym poczęły powiększać się coraz bardziej oka, przegrody pomiędzy nimi niknąć, aż wreszcie całość zeszła do tworu wielokomorowego, obleczonego cieniutką warstewką kory kostnej. Ostatnia utrzymy-

wała w ogólnych zarysach obie nasady kości ramieniowych, w sposób raczej pozorny, gdyż sama kora miała liczne ubytki, a zadanie to przyjęła na siebie raczej okostna. W naszym przypadku można przyjąć, że obustronnie doszło do zwichnięcia obu główek kości ramieniowych, co w jamistości rdzenia bywa nie tak rzadkim zdarzeniem, kiedy wzmoże się wpływ wewnątrzstawowy. Duża ilość płynu surowiczego, lub surowiczokrwawego, rozciąga torebkę stawową i zezwala na nieprawidłowe ustawienie powierzchni stawowych w stosunku do siebie. Początkowo powstaje nadwichnięcie główki kości ramieniowej, które niebawem może przeinaczyć się w całkowite jej zwichnięcie. Zwykle dochodzi wpierw do osteolizy pewnej części główki kości ramieniowej, od strony panewki stawowej. Prawdopodobnie i w naszym przypadku doszło wpierw do ostrego, skośnego, jakby nożem ścięcia główki w obrębie jamy stawowej. Jak to wiemy z innych opisów, w tym okresie, poza kością ramieniową spotyka się obłoczkowate cienie, a pozostały kościec stawu barkowego nie wykazuje żadnych zmian zanikowych. W okresie bowiem obumarcia i wessania główki sole rozpadającej się tkanki kostnej częściowo przenikają i do tkanek okołostawowych i powodują zwapnienia w miękkich częściach stawu. W miarę posuwania się sprawy chorobowej ulegały zmianom wstecznym i wessaniu coraz większe części kości ramieniowych, tak, że w końcu z obu stron pozostał z kości kikut, leżący w znacznej odległości od panewki stawowej. Możliwe, że na skutek niebacznie wykonywanych ruchów, czy jakiegoś urazu, doszło do złamania z przemieszczeniem, które tylko było forytującym zdarzeniem procesu osteolitycznego. W naszym przypadku niskie ścięcie kości ramieniowych jest daleko niższe, niż to się widuje w przypadkach innych, opisanych przez różnych autorów. Możliwe, że ta rozległość osteolizy jest tylko miarą trwania schorzenia, nie ma zaś nic wspólnego z zasięgiem unieruchomienia obu ramion.

Obrazy atroficznej osteolizy nasady górnej kości ramieniowej, (zawsze niemal jednostronne), podawane przez różnych autorów, żywo przypominają nasz przypadek. Wiele w nim cech podobnych, tyczących się rysunku kości ramieniowych, jak i innych, wchodzących w skład stawu barkowego, względnie biorących udział w jego utworzeniu. W pierwszym rzędzie uderza zgodność w ostrym ścięciu kości ramieniowych. Jedynie jest ta różnica, że w innych granica ścięcia leży bardziej proksymalnie, zwykle na wysokości panewki stawowej łopatki, rzadziej natomiast ustala się poniżej tejże. Pozatem płaszczyzna ścięcia przebiega w innych bardziej skośnie, podczas gdy w opisywanym przez nas przypadku jest poprzeczna. Mniej charakterystyczne byłyby zmiany atroficzne w częściach kości, tworzących staw barkowy. Podczas gdy w innych stwierdza się prawidłowe ich uwapnienie, w naszym stwierdza się nieznaczne odwapnienie w częściach, tworzących panewki (prawą i lewą). Należałoby to złożyć częściowo na karb obejmowania przez proces osteolityczny części tworzących staw barkowy, częściowo na tle zaniku z nieczynności, wreszcie na tle zaniku starczego.

W naszym przypadku mielibyśmy zatem do czynienia z postacią atroficzną jamistości rdzenia. Przerostową spotyka się najczęściej po urazach i zwykle towarzyszą jej zmiany trofoneurotyczne w skórze. W jamistości rdzenia w zwyż 25% przypadków dochodzi do schorzeń stawów, częściej zatem, aniżeli we wiądzie rdzenia. Według H. Creutzfeldta w tym ostatnim z zajęciem stawów około 80% dotyczy kończyn dolnych, a 20% kończyn górnych, przy czym w około 20% przypadków występują one symetrycznie. W jamistości rdzenia bywa odwrotnie: w 83% przypadków z zajęciem stawów chodzi o kończyny górne, a w 17% o kończyny dolne, przy czym zajęcie symetryczne należy do nader rzadkich zdarzeń. Kuligowski W. Z. (zob. piśmiennictwo) twierdził, że artropatje syringomyeliczne, nigdy nie są symetryczne, co jednak, jak to wynika z innych doniesień, nie odpowiada rzeczywistości. Jeśli chodzi o częstotliwość zajęcia stawów w jamistości rdzenia, to na 100 przypadków stwierdził je Schlesinger w 35% i to u mężczyzn dwukrotnie częściej, aniżeli u kobiet.

Jak wspomnieliśmy wyżej typ atroficzny jest rzadszy, niż typ hipertroficzny, w obu jednak postaciach miejscem predysponowanym jest kończyna górna. Należy to tłumaczyć tem, że schorzenie usadowia się zwykle w odcinku szyjnym rdzenia, skąd unerwienie biegnie do kończyn górnych.

W tym schorzeniu stwierdza się niekiedy zanik końcowych paliczków ręki, który przedstawia się również w postaci ostrego ścięcia, jakby było gumą wytarte. U naszego chorego kościec właściwych rąk i przedramion okazał się prawidłowy. Nadmienić wypada, że brak końcowych paliczków stwierdza się ponadto i w sklerodermji, chorobie Raynauda. Obie sprawy możemy jednakże odrzucić, gdyż najczęściej towarzyszą im zmiany w skórze. Również należy odrzucić zniepodobniające zapalenie stawów *(arthritis deformans)*, gdyż nie osiąga ono tak wielkich rozmiarów jak artropatja, dalej *osteoarthrosis myelodysplastica*, np. na tle *spina bifida occulta*, *osteolysis cryptogenetica progressiva localisata*, dalej tło przymiotowe *(osteoarthrosis tabica)*, gdyż przebiega ono zwykle w łączności z urazem, bezboleśnie i umiejscowia się przeważnie w kończynach dolnych, a za istotą schorzenia przemawiają wyraźnie objawy kliniczne, (choć nie trzeba zapominać, że obie sprawy tj. jamistość rdzenia i wiąd rdzenia mogą występować jednocześnie u tego samego osobnika), dalej: gruźlicę, gdyż tą znamionują na zdjęciach objawy odwapnienia bez większego odczynu ze strony okostnej, zwężenia szpary stawowej itp. klinicznie zaś ropienia i przebicie ropy na zewnątrz, dalej: *osteomyelitis albuminosa*, o którym początkowo myśleliśmy w związku ze zmianami w trzonach i wyrostkach poprzecznych 5—6 kręgów szyjnych, z tego powodu, że stale tworzą one ropnie, w końcu achondroplazję nietypową dorosłych. Rozumie się jako postać bardzo daleko posuniętą. Mógłby ktoś mniemać, że przypadek nasz należy do jednej z nietypowych postaci achondroplazji dorosłych, opisanych w roku 1900-nym przez Pierre Marie. Mógłby powoływać się na to, że w nietypowej postaci achondroplazji, (polegającej na tworzeniu się w tkance kostnej ja-

łowych ognisk nekrotycznych), chorobowe obrazy nie są dotąd ściśle oznaczone, a nauka dotąd nie zna istoty tego schorzenia i jej patogenezy. Niewiadomo poza tym czy wszystkie dotąd opisane przypadki nietypowej achondroplazji dorosłych należałoby zaliczyć do niej. Dalej, które z objawów stanowią istotę choroby i są konieczne dla ustalenia rozpoznania, gdzie kończy się achondroplazja, a gdzie zaczynają się cierpienia, któreby należało włączyć do innej jednostki chorobowej (Z. Grudziński 1927).

W naszym przypadku, jako rzekomo nietypowym tego schorzenia, nie powinien — dajmy na to — dziwić brak najczęściej towarzyszących cech achondroplazji, jak mikromelji, czyli skręcenia kości kończyny na tle zahamowania wzrostu wśródchrząstkowego kości kończyn przy zachowaniu niezmienionego wzrostu okostnowego i swoistej karłowatości, polegającej na prawidłowej wielkości tułowia przy bardzo krótkich kończynach. Z trzech grup nietypowej achondroplazji dorosłych, wyliczonych przez Z. Grudzińskiego, w naszym przypadku mogłaby wchodzić w rachubę najwyżej grupa B), częściowej czyli umiejscowionej achondroplazji, jako postać ramieniowa. W takich, opisanych dotąd przypadkach, zmiany achondroplastyczne dotyczyły jedynie kości ramieniowych, w innych zaś częściach ciała albo nie było zmian, albo były tylko słabo zaznaczone. Bliższe badania wykazały, że jednak w ogromnej większości, obok dominujących zmian w pewnym miejscu, np. w górnych nasadach kości ramieniowych, wykrywano niemal stale drobne cechy achondroplastyczne, rozsiane w całym organiźmie. Np. zwiększenie wyrostków kostnych, znaczne skrócenie palców, czy kości długich itp. Chory nasz nie miał żadnych cech ani mikromelji ani swoistej karłowatości, poza tym też kliniczne dane, jak i daleko posunięte zmiany obu górnych nasad kości ramieniowych i ich wygląd przemawiają przeciwko achondroplazji nietypowej dorosłych. Dość powiedzieć, że wzrost jego wynosił 1 metr 68 cm.

W wyżej przytoczonych wywodach, tyczących się naszego chorego, jedna rzecz przemawiałaby najsilniej przeciwko słuszności rozpoznania jamistości rdzenia: mianowicie stwierdzenie przez dra Klimkiewicza prawidłowego czucia skóry ciepła i zimna. Przegląd piśmiennictwa dowiódł jednak, że coś podobnego stwierdzili i inni u niektórych chorych z jamistością rdzenia. Według Schlesingera taką nietypowość objawów stwierdza się w 2%. Z autorów, którzy poczynili identyczne spostrzeżenia należałoby wyliczyć za H. G. Creutzfeldtem: Charcota, Brissauda, Raymonda, Chatelina, Dejerine-Thomasa i innych. I w polskim piśmiennictwie udało się natrafić na podobne odchylenia objawowe. W przypadku, opisanym przez M. Schiebera była prawidłowa siła mięśni, brak zaniku mięśni, zachowane odruchy źrenic, kolan i stóp i dopiero w jakiś czas później, skóra na plecach, w okolicach łopatki i ramienia poczęła wykazywać zaburzenia czucia bólu i ciepła, przy zachowaniu czucia głębokiego i dotyku (Rozkojarzenie).

Jak niekiedy bywa trudne rozpoznanie jamistości rdzenia dowodziłby przypadek Claessena (cytowany przez M. Schiebera), w którym, z powodu złamania kości ramieniowej i silnego zniszczenia główki rozpoznano radiologicznie mięsaka, a zwapnienia w częściach miękkich okołostawowych przyjęto za skostnienia wewnątrz dojrzewającej tkanki mięsaka, wychodzącego z kości. Chorego poddano głębokiemu napromienianiu rentgenem, dopiero po trzech latach zaczęto myśleć o artropatji na tle jamistości rdzenia, co potwierdziło badanie neurologiczne. Pamiętać zatym należy, by w rozpoznaniu różniczkowym radiologicznym przedewszystkim brać pod uwagę niestosunek pomiędzy ciężkością zmian destrukcyjnych, stwierdzonych w obrazie radiologicznym, a nikłością objawów klinicznych.

Poniżej podajemy wykaz ogłoszeń i omówień pokazowych, w których schorzenie rzadko kiedy wykazywało odchylenia od typowego przebiegu. W ogromnej większości chodziło o typ niebolesny, tak, że zabiegi konieczne w okolicy zajęcia można było przeprowadzić bez znieczulenia.

Powyższe, zdaje się, powinno wystarczyć jako umotywowanie rozpoznania. Możliwe, że uda się nam kiedyś uzupełnić badanie. Możliwe, że chory żyje i przebywa gdzieś na wygnaniu u jakiegoś kmiecia, w jednym z centralnych powiatów. Jeśli los pozwoli mu przeżyć straszną zawieruchę dziejową i dostać się w pieczę szpitalną, można będzie dodać dalsze szczegóły.

PIŚMIENNICTWO

Bernstein Maurycy: Medycyna i Kronika lekarska, 1908 str. 739—741. — Bregman: Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (PTLW) 1901, z. 1, str. 149. — Chłapowski F.: Nowiny Lekarskie (NL) 1912, nr 4, str. 238. — Dzierżyński: Medycyna i Kronika lek. (M) 1913, nr 16, str. 311. — Gessner: Przegląd Lekarski (PL) 1910, nr 32, str. 476. — Goldbaum M.: Gazeta Lekarska (GL) 1900, nr 13. — Grudziński Zygmunt: Polski Przegląd Radiologiczny (PPR) 1927, t. II, str. 316—318. — Tenże: PPR, 1927, t. II, str. 106—127. — Handelsmann: GL, 1910, nr 4, str. 93. — Jaczewski K.: M. 1903, nr 12, str. 507. — Jaworski: PL, 1905, nr 20, str. 293. — Kofenol Adolf: Streszcz. z Wiener meddiz. Wochenschrift. 1898, PL, nr 13. — Koelichen: PTLW, 1901, z. 3, str. 511. — Kopczyński St.: PTLW, 1901, z. 1, str. 132. — Tenże: M, 1914, nr 14, str. 183. — Klozenberg: PL, 1910, nr 32, str. 477. — Koenigstein: M, 1911, nr 15, str. 351. — Krukowski: Neurologia Polska (NP) t. 3, str. 577. M, 1913, nr 42, str. 83. GL, 1913, nr 47, str. 1471. — Kukliński Ireneusz i Kalina Leon: PPR, 1927, t. II, str. 218—220. — Kuligowski Z. W.: Pamiętnik X Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku. Warszawa 1938, str. 272—276. — Latkowski: Pokaz przypadku syringomyelji, PL, 1903, nr 18. — Lipstadt: GL, 1910, str. 94. — Messing: M, 1910, nr 29, str. 652. — Meisels: PPR, r. 1934, t. 8—9, str. 360. — Meczkowski W.: GL, 1899, nr 10—12. — Nelken J.: Lwowski Tygodnik Lekarski (TL) nr 47, str. 754, r. 1913, — Olejnik: PL, 1900, nr 27. — Orłowski St.: GL, 1899, nr 26—28. — Orzechowski K.: LTL, 1914, nr 7, str. 73. — Orzechowski, Pańczyszyn, Schreiber: Odczyt na pos. Twa lek. Lwow. LTL, 1913. — Kraus-Brugsch: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten, 1924. — Schieber M.: PPR, 1937, t. 12, nr 3—4, str. 500. — Tenże: PPR, t. 8—9, R. 1934, str. 67—75 (tamże dyskusja nad tym przypadkiem, str. 349—350. — Slek Fr.: Pokaz przypadku syringomyelji, PL, 1903, nr 9. — Sulczewski: Pokaz chorego z syringomyelią, NL, 1910, nr 7, str. 433. — Radziwiłłowicz R.: Krytyka Lekarska, 1889, nr 11. — Tryjarski F.: GL, 1898, nr 3, str. 851 — 855. — Wielski Z. i Artwiński E.: Polska Gazeta Lekarska (PGL), 1926. nr 25, str. 494. — Wielski Z. i Artwiński E.: PGL, 1926, nr 26, str. 508.

Dr MICHAŁ JAREMA Kraków

Chondrodysplazja czyli „mnogie wyrośle chrzęstno-kostne“ z objawami rdzeniowymi

(Z Kliniki Neur.-Psych. U. J. w Krakowie. Kierownik: Doc. dr E. Brzezicki)

Na omawiane cierpienie pierwszy zwrócił uwagę Ollier w r. 1899. Od jego nazwiska choroba otrzymała swą pierwotną nazwę. Z czasem określenie to wychodzi z użycia, gdyż okazało się, że objawy chorobowe występują raczej obustronnie, a nie jak w opisie Olliera, w jednej połowie ciała. Hackenbroch (1923) jest zdania, że wyodrębnianie obrazu chorobowego, charakteryzującego się połowicznym występowaniem objawów, jako „choroby Olliera“ nie ma uzasadnienia. Mc Farland (1929) wspomina, że znanych jest dotychczas około 700 przypadków tego cierpienia.

W miejsce dawnej nazwy lub obok niej bywa w użyciu wiele innych określeń. Najczęstsza z nich *exostoses multiplices cartilagineae*; w Ameryce, częściowo w Anglii i Francji zyskała prawo obywatelstwa nazwa chondrodysplazja (Mc Farland, Burke, Leucutia, Campbell, Dean), z innych: dyschondroplazja (Careddu, Boorstein, Johannessen, Grudziński), chondromatoza (Careddu, Dahl, Hackenbroch), *maladie exostosante* (Brissot etc), *ossific diathesis* Paget (11), *osteodysplasia exostotica* Kienböck (11).

U nas Czyżewski (1927) użył określenia „mnogie kostniaki chrząstkowe“; Gasiński (1936) zaś „wielokrotne wyrośle kostnochrząstkowe“. Naszym zdaniem nazwa „mnogie wyrośle chrzęstno-kostne“ byłaby najodpowiedniejsza.

Cierpienie polega na wytwarzaniu się na powierzchni kości guzowatych wyrośli od wielkości grochu do pięści, rzadziej większych, różnorakiego kształtu: brodawek, kolców, tworów uszypułowanych itp. Wyrośle posiadają budowę kości normalnej: zewnątrz istota zbita, wewnątrz gąbczasta, która łączy się z istotą gąbczastą kości macierzystej. Podobnie istota zbita kości macierzystej przechodzi bez przerwy w istotę zbitą wyrośli, co stanowi użyteczną cechę dla rozpoznania różniczk., stwierdzalną za życia tylko rentgenologicznie (20, 35). Na powierzchni wyrośli znajduje się różnej grubości pokrywa chrzęstna, umożliwiająca jej wzrost, na podobieństwo wśródchrzęstnego wzrostu kości długich. Liczba i wielkość wyrośli jest proporcjonalna do nasilenia wzrostu poszczególnych odcinków kośćca. Największe i najliczniejsze wyrośle spotyka się dlatego w sąsiedztwie nasad kości kończyn dolnych, zwłaszcza w okolicy stawu kolanowego, dalej na górnych kończynach szczególnie przy dalszych nasadach przedramienia (13, 35). Odnośnie usadowiania się wyrośli Brissot, Misset i Maillefer (1939) mówią o „regule Olliera“: na kończynach znajdują się duże masy wyrośli blisko kolan, a daleko od łokci. Dalej idą miednica i pas barkowy. Najrzadziej dotknięty jest szkielet tułowia, z tego najczęściej jeszcze żebra. Wyjątkowo występują wyrośle w obrębie chrząstkozrostów podstawy czaszki; strop czaszki pozostaje wolny.

Tym wyroślom towarzyszy stale zahamowanie wzrostu, które jest tym wyraźniejsze na danym odcinku szkieletu, im on więcej ma na sobie tych wyrośli. Szczególnie uderzające jest to zahamowanie wzrostu tam, gdzie dotyczy ono jednej z 2, lub więcej równolegle do siebie biegnących kości (ręka, stopa, przedramię, podudzie). Jeśli jedna kość śródręcza zatrzyma się we wzroście, wtedy cały palec wydaje się skrócony (mikrodaktylia). Oprócz tego może członek palca przez jednostronną wyrośl w pobliżu nasady być odchylony do boku. Chrząstki nasadowe, w pobliżu których umiejscowiają się te wyrośle, nie wykazują zazwyczaj grubszych morfologicznych odchyleń od normy, za wyjątkiem kości przedramienia i niekiedy również podudzi. Gdy wyrośl usadawia się tuż przy brzegu chrząstki, wtedy może przesunąć nasadę w kierunku dalszym i tym samym spowodować jej skośne ustawienie; może również taka wyrośl obrastać nasadą od boku i tworzyć drugą dodatkową powierzchnię stawową (35). Niekiedy mogą się zrastać piszczel i strzałka, gdy naprzeciw rosnące wyrośle z sobą się stopią (13, 35). Może również większa wyrośl sąsiednią kość odsunąć z jej położenia lub wywołać uzurę z ucisku. W tym przypadku uwidocznia się nie dająca się zwykle stwierdzić rentgenologicznie pokrywa chrzęstna wyrośli; w obrębie uzury z ucisku wyrośl i uzurowana kość są od siebie oddzielone szparą kilka mm szeroką, podobną do szpary stawowej (35).

Według niektórych autorów cierpienie to ma znacznie częściej występować u mężczyzn; Weber i Reinecke podają stosunek 3 : 1, Pels i Leusden 4 : 1 (15).

Wyrośle spostrzegano już u noworodków, zwykle jednak bywają zauważone dopiero w pierwszych latach życia. Czy nie istniały już przed tym — trudno w danym wypadku pewnie wyrokować. W każdym razie pojawienie się ich w rozmiarach rzucających się w oko przypada zwykle na wczesne dzieciństwo. Wzrost ich jest powolny, stopniowy i trwa dopóki wzrasta kość macierzysta; w okresie pokwitania często zyskuje znacznie na intensywności. Lexer (1931) wyraża nieco odmienne zapatrywanie, przyjmując możliwość dalszego, choć powolnego wzrostu niektórych wyrośli, po zakończeniu wzrostu kośćca.

Dziedziczność cierpienia została przez wielką ilość badaczy pewnie dowiedziona. W tym świetle należałoby rozpatrywać etiologię choroby. Niektórzy autorzy (11, 15) dokonali zestawień różnych poglądów na przyczynę cierpienia, dlatego ograniczymy się wyłącznie do podania kilku zasadniczych uwag.

Najstarsza teoria Volkmanna i Vixa (22) wysuwała łączność z krzywicą, Webera (22) ze skrofulozą. Wielu przychylało się do twierdzenia, że przyczynę stanowi zaburzenie czynności gruczołów dokrewnych (28), głównie tarczycy (14). Roussy G. (23) jest zdania, że anatomicznie bardzo często nie znajduje się przy tej chorobie żadnych zmian w gruczołach dokrewnych i odwrotnie przy dokrewnych schorzeniach żadnego osteogenetycznego cierpienia. Jürgens (1919) zalicza omawiane cierpienie do dziedzicznych zaburzeń troficznych systemu kostnego, spokrewnionych z nerwowymi zaburzeniami. Johannessen (1923) uważa za przyczynę zajęcie n. współ-

czulnego; choroba jest wywoływana, jak przypuszcza na drodze zaburzonej inerwacji naczyniowej, która prowadzi do zmian anatomicznych w kościach; autor opiera się przy tym na badaniach i doświadczeniach wykonanych na zwierzętach przez Bentzona. W jednej z ostatnich publikacji tej dziedziny Brissot M. (1939) mimo stwierdzenia u chorego zaburzenia czynności tarczycy i przytarczyc nie przypisuje wewnętrznemu wydzielaniu żadnego znaczenia etiologicznego dla omawianej sprawy. Nowicki (1928), Dean (1931) widzą przyczynę we wrodzonym zaburzeniu ochrzęstnej. Według Schinza etc. (35) choroba polega na konstytucjonalnej proliferacyjnej właściwości okostnej części przynasadowej rosnących kości, przy czym ta okostna wytwarza tu metaplastycznie chrząstkę, jak to w fizjologicznych (normalnych) warunkach zachodzi tylko w przebiegu gojenia się złamania.

Ciekawym byłoby stwierdzenie, czy istnieje jakaś łączność między mnogimi wyroślami chrzęstno-kostnymi a achondroplazją. Podejrzenia w tym kierunku nasuwają nam podobne wyniki pomiarów kończyn i ich stosunku do tułowia oraz innych proporcji ciała chorych w obu cierpieniach. Czynione przez nas poszukiwania w tym kierunku w piśmiennictwie nie dały żadnych wyników poza małą wzmianką u Grudzińskiego (1927), który „dyschondroplazję" Olliera zalicza do postaci poronnych *(forme fruste)* achondroplazji, w których zasadnicze objawy zaznaczone są w postaci zaczątkowej i ujść mogą uwagi badającego przy powierzchownej obserwacji.

Mnogie wyrośle chrz.-k. same przez się nie stanowią dla chorego niebezpieczeństwa; zwykle nie sprowadzają żadnych dolegliwości; nawet wyrośle, które penetrują głęboko w części miękkie są mimo swej rozległości dość dobrze znoszone (4, 5). Niekiedy jednak mogą przy swej znacznej wielkości lub przez szczególne usadowienie wywierać ucisk na nerwy lub naczynia i przez to sprowadzać wiele zaburzeń (25, 27); zaś usadowione w miednicy stanowią przy większych rozmiarach znaczną przeszkodę porodową (11).

Sprawa staje się poważną a nawet groźną przy usadowieniu się wyrośli w obrębie kręgów. Mamy wtedy do czynienia z ciężkim schorzeniem. Stauss (1935) ogłaszając podobny przypadek wyraża opinię, że omawiane cierpienie stanowi ciężkie zaburzenie rozwojowe i ze względu na jego dziedziczenie winno być stosowane wyjałowienie.

Szczęśliwym zbiegiem okoliczności sadowienie się wyrośli w obrębie kręgów należy do znacznej rzadkości. Weber (1) znalazł wśród 252 osobników dotkniętych tym cierpieniem tylko 19 przyp. z umiejscowieniem w obrębie kręgów, przy czym: 6 przyp. w części szyjnej, 2 piers., 4 lędźwiowej i 7 w krzyżowej części kręgosłupa.

Spostrzegany przez nas przyp. wykazuje znaczne nasilenie objawów chorobowych i niezwykłe zmiany w kręgach, powikłane objawami rdzeniowymi.

T. Helena, lat 20, córka górnika. 4 braci chorej zmarło we wczesnym dzieciństwie; przyczyny ich śmierci chora nie zna. Zarówno u swych rodziców jak i u pozostałego rodzeństwa chora nie zauważyła podobnych jak u siebie guzów; czy ich napewno nie mają — odpowiedzieć nie umie. Jest 5 dzieckiem z rzędu. O swym dzieciństwie nic szczególnego nie podaje. Kiedy zaczęła chodzić do szkoły, a może wcześniej, nie przypomina sobie tego dokładnie, spostrzegła guzy na obu podudziach, nieco później zaczął jej róść guz na prawym ramieniu. Guzy te zwolna powiększały się. Od 2 lat wzrost ich zatrzymał się, za wyjątkiem guza na ramieniu, który ma się jeszcze powiększać. Opowiadano jej stale, że gdy była zaledwie niemowlęciem, wtedy miała upaść z powijaków i doznać złamania licznych kości w miejscach, gdzie dzisiaj ma guzy. W szkole powsz. uczyła się słabo. Pierwsze menses w 14 r. ż., następne regularne. W VIII 1937 r. przebyła operację wyrostka robaczk., w I 1938 przerwanie ciąży w II mies.

Przed 2 laty zaczęła jej słabnąć lewa kończyna dolna, później lewa k. g. W kilka miesięcy potem spostrzegła zmiany w ukształtowaniu lewej ręki. Osłabienie lewych kk. stopniowo się nasilało. Przed rokiem zauważyła, że lewe oko zrobiło się mniejsze. Przed kilku miesiącami dołączyło się osłabienie k. d. pr. Chora nie ma apetytu. Niekiedy jawią się bóle w k. g. lew.

Stan obecny (IV 939): wzrost 145 cm. Odległość od szczytu głowy do górnego brzegu spojenia łonowego wynosi 75 cm, od tegoż brzegu aż do pięty 69 cm, obwód głowy 55 cm. Odżywienie



Ryc. 1.

mierne. Wygląd infantylny. Skóra gładka, blada. Uwłosienie na wzgórku łonowym prawidłowe. Nieznaczne powiększenie tarczycy. Tętno 76 na min., pobudliwe; ciśnienie krwi 110/70 mm Hg. Poza tym narządy wewnętrzne bez zmian. W obrębie prawego ramienia (ryc. 1), prawej łopatki, obu przedramion, części przymostkowej II żebra po prawej, obu ud i podudzi stwierdza się liczne guzowate wyniosłości o nierównej powierzchni, różnej wielkości i kształtu, twarde, z wyczuwalnym w niektórych miejscach na powierzchni oporem podobnym do chrząstki, niebolesne, pozostające w ścisłym związku z kością. Neurol.: dno oczu prawidłowe, źrenica lewa mniejsza. reakcje źrenic dobre. Po stronie lewej zespół Cl. Bernarda-Hornera. Inne nerwy czaszkowe b. zm. Kk. gg.: Ułożenie lewej w przykurczu zgięciowym w palcach i nadgarstku. Zaznaczona hypotrofia tejże kończyny. Siła po lewej mniejsza. Ruchy lewostronnie obwodowo ograniczone, zwłaszcza czynne prostowanie w nadgarstku i palcach. Odruchy głębokie żywe, po lewej żywsze. Ataksja. = 0. Kręgosłup szyjny dłuższy w proporcji do całości, nieco mniej ruchomy. W obrębie piersiowego górnego lekkie prawostronne skrzywienie. Poza tym ruchy zachowane, brak bolesności na opuk. Odruchy brzuszne b. słabe, szybko się wyczerpujące, lewe mniejsze od prawych. Kk. dd.: Lewa cała hypotroficzna, krótsza o 2 cm. Ruchy obustronnie utrudnione, po lewej więcej, zwłaszcza obwodowo. Stopa lewa w ustawieniu szpotawym i supinowana. Siła obustronnie mniejsza,

po lewej wyraźniej. Obustr. hypertonia. Stopotrząs i rzepkopląs po lewej stały, po prawej zaznaczony. Odruchy głębokie wzmożone, po lew. więcej. Babiński po lewej dod., Rossolimo i Mendel-Bechterew obustr., po lew. więcej. Ataksji nie



Ryc. 2.

ma. Siadanie utrudnione. Chód porażno-kurczowy, po lew. więcej. Czucie głębokie prawidł., powierzchowne nieznacznie obniżone w praw. połowie ciała od wysok. D_1 wdół.

Badanie moczu i krwi cytologicznie wykazuje stosunki normalne. Wassermann z krwi i płynu m.-rdz. ujemny. We krwi cholesterol 129,03 mg %, wapń 12,85 mg %. Nakłucie lędź-



Ryc. 3.

wiowe: ciśn. 24 mm Hg w poz. siedzącej, po odpuszczeniu 10 ccm płynu opadło do 4 mm Hg. Queckenstedt częściowo dodatni. Płyn przejrzysty, wodojasny, zawiera 4/3 ciałek biał. w mm^3, białk. całk. 1,2‰, globul. 0,03‰. Odczyny Weichbrodta, Pandy'ego, Nonne-Apelta wypadły silnie dodatnio. Płyn uzyskany z nakłucia podpotyl. wykazał, przy zawartości ciałek biał. 2/3 w mm^3 białka całkowitego 0,1‰, globulinów 0,01‰, oraz ujemne wyżej wspomniane odczyny.

Badanie rentgenologiczne: czaszka bez odchyleń od normy. Kręgosłup szyjny (ryc. 2) prawidł. uwapniony, wykazuje w miejsce prawidłowej lordozy lekką kyfozę, spowodowaną przez zmiany w obrębie tylnego łuku VI kręgu szyj-



Ryc. 4.

nego. Na dolnej powierzchni wyrostka ościstego tegoż kręgu widoczna jest wzgórkowata wyrośl wielkości 1-groszówki, wpuklająca się w podstawę sąsiedniego wyrostka ościstego. Wyrostki stawowe VI kręgu szyjnego nieregularnie zgrubiałe, zwężają światło kanału rdzeniowego od przodu. W przedniej części tylnego łuku atlasu na górnej jego powierzchni mała brodawkowata wyrośl zwrócona do tyłu. W innych odcinkach kręgosłupa nie stwierdza się poza nieznacznym skrzywieniem żadnych odchyleń od normy. Klatka piersiowa (ryc. 3): nad mostkową częścią praw. obojczyka wyrośl kostna wielkości piąstki dziecka, połączona z II żebrem szeroką szypułą na granicy pomiędzy kostną i chrzęstną jego częścią; obrysy wyrośli zupełnie ostre, utkanie nieregularne, przeważnie siateczkowe o dużych okach, miejscami pasmowate z wysepkami zbitej, słoniowatej kości. IX i X żebro po stronie lew. wykazują w przykręgosłupowych odcinkach po jednej małej, wzgórkowatej względnie haczykowatej wyrośli. Także III żebro lewe jest zaopatrzone w małą wyrośl ale w przedniej części, w miejscu przejścia w chrząstkę. Pola płucne bez zmian. Śródpiersie, przepona i serce w normie. Prawa kończyna górna (ryc. 4): na wewn. powierzchni łopatki płaska wyrośl wielkości fasoli. Staw barkowy i najbliższe jego sąsiedztwo bez zmian. Na granicy pomiędzy górną częścią przynasadową i trzonem kości ramieniowej silnie uwapniony guz wielkości jaja gęsiego, o zrazikowatej budowie i szerokiej podstawie, zwrócony do ściany klatki piersiowej. W miejscu wyjścia guza kość ramieniowa wykazuje szereg zmian uwarunkowanych częściowo mechanicznie, przez duży guz wtłaczający się między dwa człony stawu: kość ramieniowa jest pod guzem wygięta na wewnątrz, jama szpikowa rozszerza się przed guzem a architektura beleczkowania, charakterystyczna dla okolicy przynasadowej wskazuje na to, że guz, opierając się o zewnętrzną ścianę klatki piersiowej objął funkcję główki kości ramieniowej. Tą samą przyczyną uwarunkowana jest przerwa na przestrzeni 1 cm w warstwie korowej naprzeciw guza, imitująca przebyte złamanie. Nad przerwą wyrośl kostna w kształcie ostrogi. Prawe podudzie: obie kości podudzia, zwłaszcza trzon kości goleniowej wyraźnie skrócony, części przynasadowe natomiast wydłużone, bardzo szerokie, zniekształcone, walcowate. Na 2 palce poniżej górnej chrząstki nasadowej od wewnętrznej powierzchni sterczy ku dołowi uszypułowana brodawkowata wyrośl. Górna i dolna część przynasadowa kości strzałkowej zniekształcone, lekko rozdęte, nieregularnie utkane, wykazują pojedyńcze kolczaste

wypustki. Lewe przedramię: kość promieniowa łukowato wygięta, w połowie dolnej III części wysmukła kolcowata wypustka dług. 4 cm. Lewy staw skokowy: w dolnej części kości strzałkowej obok pojedyńczych krótkich kolców kalafiorowata, nieregularnie utkana wyrośl kostna o rozmiarach dużej śliwki, powodująca deformację i skośne ustawienie stawu skokowego w sensie stopy szpotawej. Miednica: kość krzyżowo-ogonowa bez zmian. Naprzeciw wyrostka poprzecznego V



Ryc. 5.

kręgu lędźwiowego liczne bryłowate wyrośle, wychodzące z talerza biodrowego tuż przy prawym stawie krzyżowo-biodrowym. Wejście do miednicy małej prawidłowego kształtu. Lewa kość łonowa walcowato zgrubiała, o chropawych obrysach. Kolec kulszowy po lewej zniekształcony, spłaszczony, poszerzony. Na dolnym ramieniu lew. kości łonowej kolcowata wyrośl. Szyjki kości udowych skrócone, niekształtnie poszerzone.



Ryc. 7.

Na szyjce lewej kości udowej wyrośl. Górne części przynasadowe kości udowych rozszerzone, krętarze mniejsze zniekształcone.

Myelografia (ryc. 5 i 6): prześwietlenie bezpośrednio po podpotylicznym wstrzyknięciu lipiodolu i badania kontrolne w ciągu następnej godziny wykazują w okolicy cisterna cerebell.-medull. zatrzymanie całej masy środka kontrastowego, z której odrywają się pojedyncze drobne krople i zaz trzymują się dłuższy czas nad VI kręgiem szyjnym. Po 24 godz. 1/4 lipiodolu jeszcze w cist. cer. med., około 1/4 w dolnym worku oponowym na wys. I kręgu krzyżow. a blisko połowa zatrzymana w kanale rdzeniowym po stronie lewej na poziomie V kręgu szyjnego w postaci wrzecionowatej, ku dołowi ostro zwężającej się masy. Obraz ten utrzymuje się bez zmian jeszcze na zdjęciach wykonanych po upływie tygodnia.

Po ukończeniu badań chora została przeniesiona do Kliniki chirurgicznej U. J. z rozpoznaniem: *Compressio med. spin. in reg. C* 6—7, *Exostoses multipl. cartil.* Z początkiem maja została wykonana *laminectomia* (prof. Glatzel), w czasie której usu-



Ryc. 6.

nięto wyrośle usadowione na łukach kręgu V i VI szyjnego wraz z częścią tylną łuku i wyrostkami ościstymi. Wyrośle były skierowane do światła kanału kręg., i wywierały silny ucisk na rdzeń, który znaleziono spłaszczony. Powierzchnia wyrośli nierówna, guzkowata, zbudowana z tkanki przypominającej w zupełności chrząstkę, pod którą wyczuwa się kość. Niektóre z tych cech wyraźnie występują na załączonym poniżej zdjęciu usuniętych części, wykonanym w chwilę po operacji (ryc. 7). Na rycinie widoczna jest powierzchnia, której wyrośle zwró-



Ryc. 8.

cone były do światła kanału kręg. Ryc. 8 przedstawia zdjęcie rtg. tych części.

W niespełna miesiąc po zabiegu widoczna jest u chorej poprawa: prawie zupełnie ustąpił zespół Cl. Bernarda-Hornera, siła w kk gg wzmogła się, zwłaszcza w prawej, prawie zupełnie ustąpił stan kurczowy praw. k. d., granica osłabienia czucia powierzch. przesunęła się w dół na D_6, ustąpiły bóle korzonkowe kk gg oraz przykre parestezje w kk dd., które zjawiły się były na kilka tyg. przed operacją.

Streszczenie: u chorej lat 20, od wczesnego dzieciństwa rozwijały się liczne guzowatości na koń-

czynach. Przed 2 laty wzrost ich się zatrzymał. Równocześnie od 2 lat zaczęły jej słabnąć kończyny dolne, w kilka miesięcy później k. g. lewa; osłabienie to postępuje. W kwietniu 1939 r. stwierdzono u chorej lewostronny zespół Claude Bernarda-Hornera, w kk. gg. ułożenie lewej w przykurczu zgięciowym w palcach i w nadgarstku. Siła po lewej mniejsza. Ruchy lewostronne obwodowo utrudnione. Odruchy głęb. po lew. żywsze. W kk. dd. ruchy obustr. upośledzone, po lew. więcej. Stopa lewa w ustawieniu szpotawym i supinowana. Siła obustronnie zmniejszona, po lew. więcej. Obustr. hypertonia. Odruchy głębokie wzmożone, po lew. więcej. Obecne Rossolimo, Mendel-Bechterew i Babiński, po lew. wyraźniej. Czucie powierzchowne obniżone w prawej połowie ciała od D_1 w dół. Rtg: w obrębie kręgów szyjnych, żeber, kości ramieniowej prawej, obu przedramion, miednicy, kości udowych, obu podudzi etc. zmiany charakterystyczne dla *exostoses multipl. cartil.* W płynie m.-rdz. rozszczepienie białkowo-komórkowe. Myelografia dała wynik dodatni. Z rozp. *compressio med. spin. in reg.* C_{6-7} chora została skierowana do zabiegu. W czasie laminektomii usunięto wyrośle usadowione na łukach kręgów szyjnych V i VI, wywierające ucisk na rdzeń. W miesiąc po zabiegu w stanie chorej wyraźna poprawa. Ustąpił lewostronny zespół Cl. Bernarda-Hornera i niedowład kurczowy, granica osłabienia czucia powierzch. obniżyła się na D_6, ustąpiły bóle korzonkowe kk. gg.

Rokowanie odnośnie objawów neurologicznych wydaje się pomyślne. Jak daleko pójdzie poprawa trudno jest dokładnie przewidzieć. Zapewne lewe kończyny zawsze pozostaną nieco słabsze. Zachowanie się lipiodolu przy myelografii rzuca podejrzenia w kierunku istnienia pewnych przeszkód w kanale rdzeniowym powyżej miejsca operowanego. Nie wiemy, czy podejrzenia są słuszne. Gdyby nawet były podobne zmiany, jak w usuniętych częściach kręgów, to na pocieszenie bierzemy pod uwagę okoliczność przychylną, jaką stanowi wiek chorej, w którym wzrost wyrośli przeważnie ustaje.

Piśmiennictwo mnogich wyrośli chrz.-kostn., z których jedne usadowione na kręgach dawały objawy ucisku rdzenia jest niewielkie. Czyżewski (1927) znalazł tylko 3 takie przypadki, podane przez Gowersa, Starcka i Ochsnera-Rothsteina. Najstarszy opis wyrośli w obrębie kręgów spotkaliśmy u Iwanoffa (1902). Uzupełniając zestawienie Czyżewskiego poszukiwaniami w piśmiennictwie nowszym dochodzimy zaledwie do łącznie liczby 8 przypadków: Czyżewski (1927), Santos (1929), Camera (1931), Borra etc. (1932), Stauss (1935). Liczba ta jest zbyt skąpa, by na jej podstawie snuć ogólne wnioski. Ograniczymy się zatem tylko do kilku uwag nasuwających się nam po rozpatrzeniu wszystkich 9-ciu (łącznie z własnym) przypadków. Chodzi tu zawsze o osobników młodych, liczących od 10 do 26 lat, bez wyraźnej przewagi jednej płci. Rozwój objawów jest powolny, zwykle 1 do $1^1/_2$ roku trwający, bez wybitniejszych bólów. W obrazie chorobowym zdecydowanie panują objawy niedowładu kurczowego, połączone zwykle z nieznacznym obniżeniem czucia pow.; zaburzeń zwieraczy brak. We wszystkich przypadkach usuwano operacyjnie wyrośle, prawie zawsze usadowione na łuku kręgu, na różnych wysokościach: $C_{2, 6-7}$, $D_{2, 5, 6, 5-6, 6-7, 7}$. Zawsze spostrzegano po operacji wybitną poprawę lub wyleczenie (3, 6, 37). Odnośnie samego zabiegu Czyżewski podkreśla konieczność wielkiej delikatności ze strony chirurga, każde bowiem dalsze maltretowanie, poważnie już uszkodzonego rdzenia grozi pogorszeniem objawów chorobowych. Pierwszy niebezpieczny etap to wyważanie oddłutowanej części tylnej łuku kręg., drugi to usuwanie samej wyrośli.

Niekiedy w przyp. mnogich wyrośli chrz.-kost może przychodzić w zajętych kościach do zwyrodnienia mięsakowego (1, 12, 13). Dean (1931) spostrzegał dwukrotnie taką wtórną złośliwą zmianę, której następstwem był *chondromyxosarcoma*. Skłonność do złośliwienia, zdaniem Antoniego (1936) jawi się dopiero po 30 r. ż.

Leczenie mnogich wyrośli chrz.-kostnych jest tylko jedno: operacyjne usunięcie zniekształceń, lecz dopiero po ukończeniu wzrostu.

PIŚMIENNICTWO

1) Antoni N.: Hand. d. Neur. Bumke u. Foerster, 1936, Bd. X. — 2) Boorstein S. W., Hirsch H.: Amer J. Surg. 1929, 6, 194. — 3) Borra V., G. M. Reviglio: Zbl. Neur. 66. — 4) Brissot M., Misset, Maillefer: Annal. Méd. Psychol. 1939, 439. — 5) Burke G. R.: J. Bone Surg. 1929, 11, 570. — 6) Camera Ugo: Zbł. Neur. 61. — 7) Campbell H.: Zbl. Neur. 43. — 8) Careddu G.: Pediatr. prat. 1930, 7, 343. — 9) Careddu G., Rossi: Riv. clin. pęd. 1931, 29, 377. — 10) Curschmann H.: Endokrinol. 1929, 4, 161. — 11) Czyżewski K., Pol. Gaz. Lek. 1927, 6, 489. — 12) Dahl B., Zbl. Neur. 58. — 13) Dean L., J. Colt Bloodgood: Tumors of Bone, New York 1931. — 14) Edberg E.: Jahrber. Neur. 1915, 19, 81. — 15) Gasiński J.: Pol. Gaz. Lek. 1936, 23, 431. — 16) Giacomini G.: Zbl. Neur. 63. — 17) Grudziński Pol. Przegl. Rad. 1927, II. — 18) Hackenbroch M.: Zbl. Neur. 33. — 19) Haliprę A., Hébert A.: Nouv. Icon. de la Salp. 1907, 6, 437. — 20) Hammer G.: Fortsch. Röntg. 1917, 25, 14. — 21) Herzheimer G.: Grundriss d. Pathol. Anatomie, 1910. — 22) Iwanoff N.: Neur. Central. 1902, 131. — 23) Jakobowicz M.: Endokr. 1928, 317. — 24) Johannessen Ch.: Mschr. f. Kinderh. 1923, 25. — 25) Jürgens L.: Arch. f. Psych. 1919, 61, 103. — 26) Leucutia T.: A. E. Price, J. Röntg. 1929, 22. — 27) Lexer E.: Lehrb. d. Allg. Chirurgie, II, Stuttgart 1931. — 28) Matthias E.: Fortschr. d. Med. 1921, 38, 505. — 29) Mc Farland: Surg. 1929, 48, 268. — 30) Nowicki: Anatomia Patol. I, 1928. — 31) Prini I., M. Brea: Zbl. Neur. 52. — 32) Ravenna F.: Nouv. Icon. de la Salp. 1913. — 33) Ritter C.: Med. Klinik 1908, 13. — 34) Santos J. V.: J. Bone Surg. 1929, 11. — 35) Schinz, Baensch, Friedel: Lehrb. d. Röntgendiagn. — 36) Simoni E.: Nouv. Icon. de la Salp. 1905, 6. — 37) Stauss: Zbl. Chir. 1935, 2986. — 38) Sterling Wł.: Warsz. Czas. Lek. 1929, 733. — 39) Worms G.: Endokrin. 1928, 2, 291.

TADEUSZ NOWAK Kraków

Uczulica pokarmowa jako czynnik przyczynowy zaburzeń z odżywiania u niemowląt*)

Pod wpływem moich dotychczasowych klinicznych spostrzeżeń, jak i pod wpływem piśmiennicwa, dotyczącego alergii, doszedłem do przekonania, że wyniki naszych zabiegów leczniczych w bardzo wielu przypadkach zaburzeń z odżywiania u niemowląt są dlatego stosunkowo tak nikłe, że przeważnie nie myślimy o ich możliwym tle alergicznym. Nawet, o ile w pewnych przypadkach bierzemy pod uwagę tak zwaną skazę wysiękową, to mimo to nie zmieniamy odpowiednio naszego, niestety schematycznego dietetycznego leczenia, zwanego antydyspeptycznym. W tych przypadkach stosujemy bowiem powszechnie i szablonowo tak zwane płyny i pokarmy lecznicze, a z tych ostatnich najchętniej pokarm kobiecy, jako najlepszy i najodpowiedniejszy biologicznie. To się jednak okazuje w wielu przypadkach nieodpowiednie, albowiem w skład tych pokarmów wchodzi białko krowie, które według moich spostrzeżeń jest najczęstszym wywoływaczem w przypadkach niestrawności u niemowląt i to nie tylko sztucznie karmionych, lecz także karmionych pokarmem naturalnym. Nic też dziwnego, że wskutek tego nie osiągamy w znacznej ilości przypadków pożądanej poprawy niemowlęcia, a przeciwnie, niekiedy doznajemy rozczarowania z powodu pogorszenia się sprawy chorobowej, pogorszenia, prowadzącego już to do toksykozy, to znów do zaniku, a więc do spraw chorobowych kończących się stosunkowo często zejściem śmiertelnym.

W roku 1932 Dawidson pisze: „rozwolnienia u osesków (karmionych piersią) są bardzo częstym zjawiskiem i również często są one mylnie traktowane i — co jeszcze ważniejsze — błędnie leczone".

Jak wielce pożądanym jest omówienie zagadnienia uczulicy pokarmowej u niemowląt okazuje się to po przeczytaniu broszury, wydanej w roku 1939 pt. Zatrucie jelitowe u niemowląt (według wykładu na kursie dla lekarzy Ubezpieczalni Społecznych w czerwcu 1938 r.).

Autor pisze „przy przejściu z karmienia naturalnego na sztuczne, po spożyciu kilku cm³, a nawet kilku kropel mleka krowiego mogą wystąpić jako wyraz idiosynkrazji względem mleka zwierzęcego gorączka (do 39—40°), wymioty, biegunka, utrata przytomności i zapad — czemu towarzyszyć może pojawienie się pokrzywki. Są to objawy wstrząsu anafilaktycznego u dzieci, którym przed tym bodaj raz podano mleko krowie, po czym cały czas były karmione piersią. Świadczy o tym stwierdzana u nich eozynofilja i możliwość osiągnięcia odczulenia, mianowicie przez wstrzykiwanie podskórne mleka wzgl. sernika mleka krowiego".

W przytoczonym ustępie jest kilka nieścisłości. I tak objawy wstrząsu uczuleniowego mogą wystąpić niekoniecznie przy przejściu z karmienia naturalnego na sztuczne, ale również wstrząs ten może wystąpić przy bezpośrenim karmieniu niemowlęcia po urodzeniu mlekiem krowim, a nawet pokarmem matki. Następnie do powstania wstrząsu nie jest wcale koniecznym warunkiem, żeby niemowlęciu „przed tym bodaj raz podano mleko krowie". Trzeba bowiem wiedzieć, że jak to między innymi podnosi Urbach i Ensen, niemowlę już w okresie życia płodowego może być pod uczulającym działaniem białka krowiego. W ten też tylko sposób można sobie wytłumaczyć pojawianie się objawów uczulicy pokarmowej czy to w postaci niestrawności, czy też w połączeniu z objawami skórnymi przy wyłącznym karmieniu pokarmem matki i zanikanie tych objawów, gdy z pożywienia matki wyłączy się białko krowie. Niesłusznym też jest twierdzenie autora, że wstrząs jest wyrazem idiosynkrazji względem mleka zwierzęcego. Mógłby przeto ktoś pomyśleć, iż mleko każdego gatunku zwierzęcia może w danym przypadku wywoływać objawy wstrząsu. A przecież tak nie jest, albowiem w większości przypadków mleko tylko jednego gatunku może być przyczyną objawów tego wstrząsu. W ostatnim zdaniu, autor nie mówiąc ani słowem o naszym w takich przypadkach właściwym, a bezwzględnie koniecznym postępowaniem dietetyczno-leczniczym, podaje najniebezpieczniejszą metodę odczulania, bo mogącą spowodować nawet śmierć niemowlęcia. A przecież w większości przypadków przy odpowiednio dobranym pokarmie, w którym nie znachodzi się już wywoływacz, odczulenie niemowlęcia następuje samoistnie po krótszym lub dłuższym czasie. To też autor winien był przede wszystkim omówić dietetyczny sposób leczenia tego rodzaju schorzenia, a nie podawać bez omówienia tego leczenia wspomnianej metody odczulania, które zasadniczo w okresie niemowlęctwa jest zupełnie zbyteczne, a nawet wybitnie niebezpieczne.

W niektórych przypadkach uczulicy pokarmowej u niemowląt zdarza się, że po długotrwałym, bo ciągnącym się tygodniami, ba! niekiedy miesiącami cierpieniu, wskutek właśnie karmienia nieodpowiednim pokarmem, chociażby się on nawet nazywał leczniczym, następuje ni stąd ni z owąd wyleczenie, i to mimo, iż rodzaju pożywienia nie zmieniono. Sądzę, że wyleczenie to nastąpiło wskutek samorzutnego odczulenia się niemowlęcia. Na taki jednakże samoistny, korzystny zwrot w przebiegu uczulicy pokarmowej u niemowląt nie należy nigdy w naszym postępowaniu leczniczym liczyć, bo po pierwsze obowiązkiem naszym jest leczyć, a nie być tylko biernym świadkiem cierpienia, a po drugie nie stosując odpowiedniego pokarmu szkodzimy tylko choremu. A przecież naszym obowiązkiem, jako lekarzy, jest leczyć, a nie szkodzić. *Primum non nocere!*

Dla zobrazowania przebiegu niemowlęcych spraw uczuleniowych objawiających się przede wszystkim, a niekiedy wyłącznie w postaci zaburzeń z odżywiania, przytoczę tylko kilka, ale przykładowych przypadków.

Przypadek pierwszy: J. W., chłopczyk urodzony 23 III 1943. Ciężar ciała przy urodzeniu 3.500 gr. Od samego początku objawy niestrawności. Wzdęcie brzuszka, krzyk, prężenie nóżkami, oraz niepokój ruchowy dziecka wzmagały się stale pod wieczór. Do 18 dnia życia niemowlę ubyło 400 gr na wadze. Karmione od początku mieszanką mleka kro-

*) Według wykładu wygłoszonego dnia 29. VIII. 45. na zwyczajnym naukowym posiedzeniu Krak. Twa Lekarskiego.

wiego najpierw $^1/_2$ na $^1/_2$ z kleikiem ryżowym z dodatkiem $3^0/_0$ nutromaltu i $2^0/_0$ larosanu, a potem mieszanką $^1/_3$ mleka krowiego i $^2/_3$ kleiku ryżowego z tymi samymi dodatkami. Ponieważ objawy niestrawności nie ustępowały, karmiono dziecko następnie mlekiem białkowym. I ten sposób odżywiania nie wpłynął korzystnie, gdyż objawy niestrawności utrzymywały się bez przerwy. Nic też dziwnego, że po 6-ciu tygodniach po urodzeniu, dziecko przybyło na wadze zaledwie 350 gramów.

Biorąc pod uwagę 1) wywiady, z których wynikało, że brat matki dziecka miewał pokrzywkę, a i u samej matki niemowlęcia pojawiała się ona po zjedzeniu jajek, zwłaszcza w okresie poporodowym, 2) załupieżenie łuków brwiowych niemowlęcia w postaci żółtawo-brunatnawego pokładu, a wreszcie 3) utrzymywanie się objawów niestrawności u dziecka przy karmieniu mlekiem larosanowym i białkowym — byłem od początku przekonany, że w powyższym przypadku musimy myśleć o uczulicy pokarmowej, w której wywoływaczem jest białko krowie. Rodzice, mając jakieś uprzedzenie do mleka koziego, stale odrzucali moją radę karmienia dziecka mieszanką tego mleka. Widząc jednakże co raz gorszy stan zdrowia dziecka, odważyli się wreszcie w 7-ym tygodniu jego życia na podanie mu tej mieszanki. W pierwszym dniu otrzymało dziecko 400 gramów mleka koziego i 400 gramów kleiku ryżowego z dodatkiem $5^0/_0$ nutromaltu. Bez jakiejkolwiek głodówki i bez olejku rycynowego poprawa nastąpiła już po 24 godzinach. Ilość stolców mniej więcej prawidłowych spadła do trzech, wzdęcia ustąpiły całkowicie, dziecko było spokojne i przeważnie spało. Jeżeli chodzi o wagę, to podczas gdy dziecko przez pierwsze 6 tygodni życia przybyło tylko 350 gr, to w przeciągu następnych 4-ch tygodni, w którym to czasie spożywało tylko mleko kozie, przybyło na wadze 725 gramów. Od 11-go tygodnia życia dziecka zaczęto stopniowo wprowadzać mieszankę mleka krowiego. Wyłącznie mleko krowie otrzymywało już dziecko w 13-ym tygodniu życia. W tym czasie mleko krowie nie wywoływało już żadnych objawów niestrawności. Jedynie tylko, kiedy po okresie karmienia mlekiem kozim zastosowano mleko krowie, dziecko przez 4 dni dość obficie wymiotowało. Od 6-go miesiąca, kiedy niemowlę otrzymywało w rosołku z wołowiny żółtko jajka kurzego, pojawiała się od czasu do czasu wysypka pokrzywkowa. Od tego czasu policzki były szorstkie, a tu i ówdzie na twarzy występowały drobno-guzkowate wykwity. Załupieżenie łuków brwiowych ustąpiło szybko w czasie karmienia mlekiem kozim.

Streszczając opisany przypadek, musimy powiedzieć, że niewątpliwie chodziło tu o uczulicę pokarmową, gdyż przy użyciu mleka krowiego, nawet w jego antydyspeptycznej postaci, objawy jelitowe nie ustępowały przy czym i ogólny stan dziecka był zły, że natomiast przy karmieniu mlekiem kozim, a więc po wyłączeniu białka krowiego, stwierdziliśmy bezpośrednie i natychmiastowe ustąpienie objawów chorobowych, oraz szybką poprawę ogólnego stanu dziecka. Za tym, że dziecko było uczulone przemawia również pojawienie się wysypki pokrzywkowej po podaniu w 6-ym miesiącu żółtka jajka kurzego. Omawiany przypadek może posłużyć za przykład samoistnego odczulenia i to w niezwykle krótkim czasie po wyłączeniu swoistego wywoływacza, bo w przeciągu 4-ch tygodni. Również niepospolicie krótki był tu okres zdrowienia, bo wynoszący dosłownie 24 godziny po bądź co bądź długotrwałym, bo 6-cio-tygodniowym schorzeniu.

Przypadek drugi: O. M., chłopiec, urodzony 31 I 1943. Waga przy urodzeniu 3.900 gr. W wywiadach, mimo iż je zbierałem szczegółowo i drobiazgowo, nie mogłem stwierdzić w rodzinie schorzeń uczuleniowych. Dopiero po 6-ciu miesiącach, całkiem przypadkowo, dowiedziałem się od ojca dziecka, że tenże na ukłucie pszczele oddziaływuje obrzękami i pokrzywką.

U dziecka od urodzenia wystąpiły objawy niestrawności w łagodnej postaci, co jednakże rodziców niepokoiło. Od początku niemowlę było karmione mieszanką mleka krowiego, słodzoną cukrem. W 3-cim tygodniu życia dziecka, podano mu 200 gr pokarmu karmicielki zmięszanego z 300 gr kleiku owsianego. Po wypiciu 190 gr tej mieszanki w dwóch porcjach, nastąpiło gwałtowne zaostrzenie objawów dyspeptycznych. Po zastosowaniu głodówki, a po niej kleiku ryżowego z $2^0/_0$ larosanu, objawy nie ustępowały, a wykwity pokrzywkowe, które dotychczas znajdowały się na policzkach i w okolicy uszu w postaci nielicznych drobnych, różowawo-czerwonawych guzków — wystąpiły wtedy również na tułowiu i to w postaci drobnych bąbli. W tym stanie rzeczy wezwano mnie do dziecka, u którego ze względu na obecność pokrzywkowej wysypki rozpoznałem niestrawność uczuleniową. Zleciłem przeto dziecku mieszankę mleka koziego $^1/_2$ na $^1/_2$ z kleikiem ryżowym. Pierwszego dnia podano tylko 50 gr mleka koziego i 500 gr kleiku ryżowego. Codziennie następnie dodawano po 50 gr mleka koziego, dochodząc stopniowo do 300 gr na dobę. Do mleka dodawano również 300 gr kleiku ryżowego. Od początku mieszankę słodzono zwykłym cukrem. W ciągu tygodnia nastąpiło całkowite wyleczenie. Tylko wysypka pokrzywkowa pojawiała się od czasu do czasu. W 5-ym miesiącu życia wykwity pokrzywkowe pojawiły się w postaci dużych bąbli z szeroką czerwoną obwódką. Powierzchnia przeważnej ilości bąbli była sącząca. Ciepłota ciała dziecka dochodziła do 38.2°. Narządy wewnętrzne oraz gardło zmian nie wykazywały. Po wyłączeniu jabłka z pożywienia dziecka, tak wysypka, jak i gorączka ustąpiły zupełnie. W 7-ym miesiącu życia pojawiła się znowu u dziecka taka sama wysypka. Pożywienie jego składało się wtedy z koziego mleka, rosołku wołowego z żółtkiem kurzym, grysiku, jabłka, marchwi i szpinaku. Tym razem składu pożywienia nie zmieniono, tylko zastosowano mieszankę Stoltego, złożoną z 1 części wina czerwonego i z dwóch części wody, z której po odparowaniu alkoholu podaje się do każdej porcji pokarmu 1—2 łyżek stołowych. Mieszanka ta okazała się tutaj nader skuteczna, gdyż wysypka pokrzywkowa szybko ustąpiła, dziecko lepiej jadło i więcej spało (do owego czasu spało nie więcej niż 4—5 godzin na dobę). W 9-ym miesiącu życia pojawiła się znowu bardzo obfita wysypka pokrzywkowa. Przeprowadzone próby Vaughana wykazały, że dziecko uczulone było na: mondaminę, mleko krowie,

kozie, oraz tapiokę. Tym razem mieszanka Stoltego zawiodła. Wobec tego zleciłem dziecku mleko migdałowe, do którego dodawano grysik lub bułkę. Po trzech tygodniach kiedy wysypka przestała się pojawiać dziecko otrzymywało: mleko kozie, rosołek z kury, żółtko, jarzyny i smalec wieprzowy. Pożywienie to dziecko znosiło doskonale. W 12-ym miesiącu życia niemowlę zachorowało na zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych, połączone z bardzo burzliwymi objawami (wysoka gorączka, gwałtowne czyszczenia, odwodnienie, duży ubytek wagi ciała).

W 13-ym miesiącu życia dziecko zapadło ponownie na to samo schorzenie, lecz o przebiegu łagodnym.

I w tym przypadku musimy stanowczo przyjąć tło alergiczne, a to ze względu na wywiady, występowanie wysypki pokrzywkowej oraz ze względu na dodatni wynik prób Vaughana.

Uderzającym jest tak niekorzystny wpływ jednorazowo podanego pokarmu kobiecego.

Uczulica u dziecka była wielopokarmowa (mleko krowie, kozie, mondamina i tapioka.)

W przypadku tym widzimy bardzo korzystny wpływ mleka migdałowego oraz korzystne, chociaż tylko jednym razem stwierdzone działanie mieszanki Stoltego.

Nie wydaje mi się przypadkowe zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych, które u uczulonych niemowląt płci męskiej stwierdzałem już parę razy. Dlatego i to zwłaszcza u chłopców, należy w każdym przypadku niestrawności, a zwłaszcza w przypadkach uczulicy pokarmowej, badać mocz, przy czym badanie jednorazowe w razie ujemnego wyniku jest niewystarczające; badanie to należy wtedy powtarzać kilka razy z rzędu i to w krótkich odstępach czasu, a nawet, i to najlepiej, kilka razy dziennie.

Przypadek trzeci: A. W., chłopiec, urodzony 7 II 44. O wadze 2.400 gr. Starsza jego siostra oraz cioteczne rodzeństwo miewają często pokrzywkę. Przez dwa dni pierwsze po urodzeniu otrzymywało z powodu braku pokarmu matki tylko kleik ryżowy, a dopiero trzeciego dnia mieszankę mleka krowiego. W dniu tym wieczorem wystąpiły napady sinicy i bezdechu, trwające z małymi przerwami około 45 minut. Podobne ataki, trwające około godzinę powtórzyły się w 4-ym dniu po urodzeniu, a w 5-ym dniu trwały od 4—8-ej rano. Podczas tych ataków skóra dziecka była chłodna i pokryta obfitym potem. Stolce od urodzenia były płynne, zwarzone i zawierały śluz.

Biorąc pod uwagę rodzinne obciążenie alergiczne przyjąłem, że ataki sinicy i bezdechu były objawem wstrząsu uczuleniowego, występującego pod wpływem białka krowiego. Dlatego też zaleciłem nie podawać dziecku mleka krowiego, a również usunąłem z pożywienia matki, która wtedy karmiła dziecko, białko krowie. Brakującą ilość pokarmu uzupełniano kleikiem ryżowym z dodatkiem 5% nutromaltu. Ataki sinicy od chwili wyłączenia białka krowiego z pożywienia nie powtórzyły się, a również i stolec szybko się poprawił. Ponieważ pokarmu było zamało, przeto zapotrzebowanie kaloryczne dziecka uzupełnialiśmy maślanką w postaci „Wir Zwei" z dodatkiem 2% larosanu, na dodatek którego zgodziłem się tylko pod naciskiem otoczenia, wbrew memu wewnętrznemu przekonaniu. Środek ten bowiem jest pochodnym białka krowiego. Od 16-go dnia życia niemowlę otrzymywało około 250—265 gr. pokarmu matki i 200—230 gr maślanki (7% „Wir Zwei" na kleiku ryżowym z dodatkiem 5% nutromaltu).

Dziecko przybywało codziennie około 40—60 gr na wadze, stolce były papkowate, ale nieco zwarzone w ilości do 3 na dobę. Przy tego rodzaju karmieniu od 3 III—14 III bez widocznej przyczyn wystąpiły objawy niestrawności. 4 III niemowlę nie otrzymało pokarmu matki, tylko wyłącznie maślankę w ilości 410 gr z dodatkiem 1% larosanu i 100 gr herbatki (słodzonej sacharyną). W dniu tym nie było stolca. 9 III tak samo nie otrzymało dziecko pokarmu matki tylko 600 gr maślanki z dodatkiem 1% larosanu i 3% zwykłego cukru. W dniu tym stolec był jeden, prawidłowy. W dniach od 5—8 III mienowlę wypijało 120, 240 360 i 160 gr pokarmu matki, oraz maślanki słodzonej sacharyną 360, 300, 220 i 440 gr na dobę. W tym czasie stolce były zwarzone, płynne lub półpłynne, do 5-ciu na dobę. Również, kiedy w dniach 10 i 11 III dziecko otrzymało po 200 gr odtłuszczonego pokarmu matki i po 400 gr maślanki bez cukru tylko z sacharyną, stolców dyspeptycznych było kilka na dobę. 15 III pojawiła się po raz pierwszy wysypka pokrzywkowa na twarzy w postaci nielicznych drobnych różowawych guzków zaś na skórze reszty ciała w postaci czerwonych plam i bąbli. Od chwili pojawienia się wysypki na skórze, stolce były zupełnie prawidłowe.

Ta okoliczność nasuwałaby pytanie, czy występowanie i cofanie się objawów niestrawności nie należałoby wiązać z pojawianiem się pokrzywki, umiejscowionej w błonie śluzowej jelit.

Od 27 III nie dodawano już do maślanki larosanu. Od tego też czasu przeważnie wysypka pokrzywkowa nie pojawiała się, a o ile kiedykolwiek pojawiła się, to była bardzo skąpa. W 4-ym miesiącu życia dziecko odstawiono od piersi całkowicie, a maślankę zaczęto stopniowo zastępować mieszanką mleka krowiego, które już dziecko wtedy dobrze znosiło.

W przypadku tym musimy przyjąć alergiczne tło niestrawności, gdyż przemawiają za tym alergiczne schorzenia w rodzinie i pojawianie się u chorego stale tych samych objawów po tych samych pokarmach.

Zapady u niemowląt, połączone z sinicą, drgawkami, potami i bezdechem w pierwszych dniach po urodzeniu, należy uważać za objaw wstrząsu uczuleniowego.

Powyższy przypadek może stanowić przykład, że maślanka, mimo iż jest produktem mleka krowiego, a to najprawdopodobniej wskutek odpowiedniej kwasoty, jest dobrze znoszona w wielu przypadkach uczulenia na białko krowie.

Co się zaś tyczy larosanu, to o słuszności mej niechęci do jego stosowania w omawianych przypadkach uczulicy pokarmowej, świadczą takie okoliczności, jak utrzymywanie się objawów niestrawności mimo stosowania larosanu w dniach, kiedy dziecko piło pokarm matki oraz stałe pojawianie się wysypki pokrzywkowej, a ustąpienie jej całkowite dopiero z chwilą usunięcia larosanu z pożywienia.

W innym przypadku niestrawności, tyczącym się niemowlęcia z rodziny obarczonej schorzeniami aler-

gicznymi, dodatek larosanu do kleiku spowodował wystąpienie pokrzywki po raz pierwszy w życiu niemowlęcia. To też śmiem twierdzić, że w niektórych przypadkach uczulicy pokarmowej u niemowląt, larosan, czy też inne jemu podobne środki, prawdopodobnie przez wywołanie na błonie śluzowej jelit podobnych zmian, jak na skórze, mogą nie tylko wzmagać istniejące już objawy niestrawności, ale nawet w tych przypadkach, w których uczulica pokarmowa jest w stanie potencjalnym, wywołać objawy niestrawności. Dlatego, moim zdaniem, stosowanie u dzieci uczulonych na białko krowie larosanu, może być postępowaniem obosiecznym, przeto należy go raczej unikać w podobnych przypadkach.

W naszym przypadku poza białkiem krowim, które przecież usunięto z pożywienia matki, musiał działać jeszcze jakiś inny wywoływacz, znajdujący się w pokarmie matki, gdyż objawy niestrawności cofały się wyraźnie, gdy dziecko pokarmu nie otrzymywało, a pojawiały się znowu, gdy dziecko pokarm matki podawano. Co mogło w pokarmie matki być tym wywoływaczem, nie wiem, jedno jest tylko pewne, że ani tłuszcz pokarmu, ani cukier buraczany tym wywoływaczem nie był, gdyż po odtłuszczeniu pokarmu, objawy niestrawności nie ustępowały, a po osłodzeniu cukrem maślanki w dniach, w których niemowlę nie piło pokarmu matki, objawów niestrawności nie stwierdzono.

Przypadek czwarty: J. Sz., chłopiec, urodzony w styczniu 1944. Przez pierwsze dwie doby po urodzeniu uporczywie wymiotował po każdym karmieniu przez matkę. To też podawano dziecku w tym czasie tylko wodę. Dopiero od trzeciej doby, kiedy skłonność do wymiotów zmniejszyła się, matka zaczęła dziecko karmić regularnie. Od urodzenia stolce były dyspeptyczne, do 5-ciu na dobę. W 7-ej dobie życia wystąpił u niemowlęcia zapad, połączony z sinicą i obfitymi potami. W 2-gim tygodniu życia wzmogły się wybitnie u niego objawy niestrawności, połączone z oddawaniem licznych, płynnych, zwarzonych, zawierających śluz stolców. z wzdęciami brzuszka i z wybitnym niepokojem dziecka, które ustawicznie krzyczało. Wezwany w tym okresie do dziecka, jako konsulent, po wykluczeniu wszelkich innych możliwości etiologicznych tej jawnej niestrawności, rozpoznałem uczulicę pokarmową, a to na podstawie rodzinnego alergicznego obciążenia. Tak bowiem matka dziecka, i to zwłaszcza w okresie ciąży i po porodzie, jak i starszy jego brat, miewają często wysypkę pokrzywkową. Brat chorego w niemowlęctwie, mimo iż stale był w opiece lekarskiej, cierpiał ustawicznie do 8-ego miesiąca życia na niestrawność, przy czym był karmiony wyłącznie tylko pokarmem matki, a wysypka pokrzywkowa pojawiła się u niego już w pierwszych tygodniach życia. Ostatnio często zapadał na schorzenia górnych dróg oddechowych. Matka dziecka również po urodzeniu pierwszego syna miewała uporczywą wysypkę pokrzywkową, połączoną z żółtaczką i bólem w prawym podżebrzu, co o mało nie skończyło się u niej operacją woreczka żółciowego.

Po naradzie zleciliśmy dziecku pokarm obcej karmicielki, po którym wprawdzie nastąpiła poprawa, ale stolce były jednakże nadal nieprawidłowe. Dopiero wyłączne odżywianie maślanką w postaci „Wir-Zwei“ osłabiło wybitnie nasilenie objawów niestrawności. Po dwóch tygodniach matka zaczęła znowu karmić niemowlę swym pokarmem, lecz wtedy z pożywienia matki wprawdzie nie usunięto całkowicie białka krowiego, ale ilość jego wybitnie ograniczono, jak również ograniczono ilość cukru. Ponieważ pokarmu było za mało, dokarmiano dziecko $10^0/_0$ maślanką „Wir Zwei“. Tego rodzaju karmienie dziecko znosiło dobrze. W 3-im miesiącu życia zaczęto dokarmiać dziecko mieszanką mleka krowiego, lecz już po paru dniach wystąpiły objawy ostrej, jawnej niestrawności, przeto powrócono do dokarmiania maślanką. W 4-ym miesiącu życia, kiedy pokarm u matki całkowicie zniknął, pożywienie dziecka składało się z 5-ciu posiłków, z czego 3 posiłki stanowiła maślanka „Wir Zwei“, jeden zaś grysik na odwarze z jarzyn, wreszcie piąty posiłek podawano w postaci kleiku owsianego z żółtkiem i z cukrem. Po najmniejszej ilości jarzyn, soków owocowych oraz mleka koziego występowały natychmiast objawy niestrawności. Dopiero od 6-go miesiąca życia dziecka znosiło już dobrze jarzyny. W 8-ym miesiącu życia do pożywienia dziecka wprowadzono jajecznicę i chleb lub bułkę z masłem. Jakkolwiek wyraźnych objawów niestrawności przy tego rodzaju odżywianiu nie było, to jednakże stolec dziecka nigdy nie był całkowicie prawidłowy. Dopiero od 9-go miesiąca życia niemowlęcia, kiedy przeszło ono ciężką ale krótko trwającą czerwonkę, leczoną cibazolem, stolce stały się zupełnie prawidłowe i to mimo spożywania tych samych pokarmów, które przed tym wywoływały stale objawy niestrawności. Poprawiło się również i to wyraźnie łaknienie, które dotychczas było bardzo słabe. Do dnia dzisiejszego dziecko rozwija się dobrze, wysypka pokrzywkowa wystąpiła u niego dopiero po raz pierwszy w 17-ym miesiącu jego życia.

W powyższym przypadku na podstawie szczegółów zaczerpniętych z wywiadów, musimy przyjąć uczuleniowe tło niestrawności. Uczulica była wielopokarmowa. Główną rolę odgrywał wywoływacz w postaci białka krowiego, gdyż po jego wyłączeniu z pokarmu matki, objawy niestrawności wybitnie złagodniały i w tej postaci utrzymywały się również przy karmieniu niemowlęcia pokarmem karmicielki. Za główną rolą białka krowiego, jako wywoływacza, przemawia wystąpienie gwałtownych objawów niestrawności przy próbie bezpośredniego karmienia dziecka mlekiem krowim. Łagodna postać niestrawności w czasie karmienia niemowlęcia pokarmem karmicielki, mimo że z pożywienia tejże nie wyłączono białka krowiego, należy chyba odnieść do tego, że jej przewód pokarmowy nie przepuszczał wywoływacza krowiego do jej soków, albo do nieobecności w jej pokarmie innych jeszcze wywoływaczy, które niewątpliwie znachodziły się w pokarmie matki i widocznie wspólnie z białkiem krowim powodować musiały występowanie groźniejszych objawów niestrawności.

Podobnie jak w 3-cim przypadku, tak i w tym — tylko nieco później po urodzeniu — wystąpił wstrząs uczuleniowy. Również w tym przypadku, podobnie jak w tamtym w pierwszych dniach życia niemowlęcia w związku z karmieniem występowały wy-

mioty. Przyczynę ich należałoby chyba również wiązać z przemijającą zresztą nadwrażliwością błony śluzowej żołądka na białko krowie. Rzeczywiście aż nazbyt często wymioty, które zwykliśmy nazywać wymiotami nawykowymi, spotyka się u dzieci uczulonych, a karmionych pokarmem, zawierającym wywoływacz. Wymioty te należałoby raczej nazwać wymiotami uczuleniowymi.

W omawianym przypadku, co zresztą mogłem stwierdzić w wielu jeszcze innych przypadkach, uczulonych na białko krowie, maślanka w postaci „Wir Zwei" nie tylko nie szkodzi, ale nawet przeciwnie oddziaływuje korzystnie. W pewnej jednak części przypadków zawodzi ona.

Chory nasz jest przykładem stosunkowo rzadko występującego uczulenia również i na kozie białko.

W przypadku tym uderza niezwykle ciekawe zjawisko, a mianowicie całkowite ustąpienie objawów niestrawności i doskonałe znoszenie wszelkich pokarmów po przebyciu czerwonki.

Przypadek piąty: Wymaga on szczegółowego omówienia, albowiem jest on przykładowo bardzo pouczający. Tyczy się on niemowlęcia J. T., u którego po urodzeniu (1 I 1945) zauważono obrzęk stóp i dłoni, podminowanie tu i ówdzie naskórka na nich oraz łuszczenie się otrębiaste skóry również i w innych miejscach. Zmiany te w ciągu 2 tygodni cofnęły się zupełnie. Przez jeden miesiąc po urodzeniu niemowlę było karmione pokarmem matki, potem już tylko mieszanką mleka krowiego. Stolce były raczej zaparte. Dziecko było zawsze niezbyt spokojne, kręciło się, często też krzyczało. Po dwóch miesiącach waga ciała wynosiła 4.500 gr (przy urodzeniu 2.600 gr). 24 II dziecko otrzymało 1 łyżeczkę soku marchwiowego, zaś na drugi dzień 2 łyżeczki tego soku. Już w nocy wystąpiły czyszczenia, a w dwa dni po tym dołączyło się jeszcze odwodnienie i ubytek na wadze około 400 gramów. 28 II dziecko przyjęto do jednego ze szpitali na prowincji. Badanie nosa, uszu i gardła zmian chorobowych nie wykazało, a również inne badania dodatkowe były ujemne. Przez trzy dni ciepłota ciała utrzymywała się na wysokości 38°, po czym była już prawidłowa. Stolce w czasie 21-dniowego pobytu dziecka w szpitalu były stale płynne, zwarzone ze śluzem do kilkunastu na dobę. Leczenie polegało na wlewaniach podskórnych roztworu soli fizjologicznej 2 razy dziennie po 100 cm³, na podawaniu srodków nasercowych, na stosowaniu w 6, 7 i 8 dniu pobytu dziecka w szpitalu cibazolu w dawce $^1/_4$ tabletki 3 razy dziennie, na podaniu w 11 dniu łyżeczki olejku rycynowego. „Leczenie" zaś dietetyczne przedstawiało się następująco: W pierwszym dniu dziecko otrzymało 400 gr herbatki i 180 gr kleiku ryżowego, słodzonych sacharyną. W drugim dniu 100 gr „Wir Zwei", 420 gr kleiku ryżowego i 200 gr herbatki, słodzonych nutromaltem w ilości 3%. W ciągu dlaszych 5-ciu dni podawano po 100 gr „Wir Zwei" oraz codziennie dodawano o 50 gr więcej pokarmu karmicielki, tak że w 10-ym dniu niemowlę otrzymało już około 500 gr pokarmu kobiecego i około 300—400 gr kleiku ryżowego. Ze względu jednak widocznie na brak poprawy, gdyż stolców dyspeptycznych było codziennie kilkanaście — w 11 dniu pobytu w szpitalu, podano dziecku tylko 100 gr zwykłej maślanki i 100 gr pokarmu karmicielki, a resztę płynów uzupełniono 600-ciuset gramami herbatki, słodzonej sacharyną. W 12-ym dniu podano tylko 250 gr maślanki i 550 gr herbatki, w 13-ym dniu — 450 maślanki i 370 herbatki, w 14-ym dniu 600 gr maślanki i 250 gr herbatki. Od 15-go dnia pobytu dziecka w szpitalu zaczęto zastępować stopniowo maślankę krowim mlekiem białkowym w ten sposób, że codziennie podawano maślanki o 100 gramów mniej, a w jej miejsce podstawiano mleko białkowe, słodzone cukrem Soxhleta w ilości 3%. W 20 dniu tego „leczenia dietetycznego" chory otrzymywał 100 gr maślanki, 650 gr mleka białkowego i około 200 gr herbatki. Dieta ta okazała się jednakże bez najmniejszego korzystnego wpływu na jakość i ilość stolców. Ciężar ciała, który wynosił przy przyjęciu dziecka do szpitala 4.220 gr w dniu wypisania go ze szpitala wynosił zaledwie 4.280 gramów.

Po zabraniu dziecka ze szpitala, w bardzo ciężkim stanie z odleżynami na pośladkach i po powrocie do Krakowa, otrzymywało ono w domu nadal niepozbawiony białka krowiego pokarm karmicielki w ilości około 300 gr na dobę, oraz kleik ryżowy i herbatkę. Stolców wybitnie dyspeptycznych było około 10—16 na dobę. 26 III, gdy karmicielka zjadła większą ilość krowiego sera, rodzice zauważyli wybitne pogorszenie się objawów chorobowych. Dopiero 28 III — jak to zresztą ojcu dziecka dawno już zalecałem — wyłączono z pożywienia karmicielki białko krowie. Już w ciągu kilku dni po tej zmianie stwierdzono wyraźną poprawę. I tak ilość stolców spadła do 4—6-ciu na dobę, przy czym były one wtedy mniej więcej prawidłowe z nieznaczną tylko domieszką śluzu. Waga ciała, która 30 III wynosiła 3.850 gramów, podniosła się 1 IV do 4040 gr, a w ciągu następnego miesiąca dziecku przybyło 1420 gramów i ważyło ono 5.270 gramów. Od chwili wyłączenia z pożywienia karmicielki białka krowiego, dziecko uspokoiło się wybitnie. Stolec jednakże zawierał zawsze nieznaczną domieszkę śluzu. W ciągu pierwszej połowy maja dziecku przybyło 580 gramów na wadze. Od 8 V zaczęto stopniowo wprowadzać mieszankę mleka koziego tak, że od 19 V dziecko otrzymywało już wyłącznie mieszankę mleka koziego. Należy podkreślić, że dopóki dziecko otrzymywało pokarm karmicielki, stolce zawierały zawsze domieszkę śluzu, a przy tym było ich do 5-ciu na dobę. Dopiero z chwilą całkowitego przejścia na karmienie wyłącznie mlekiem kozim, stolce stały się tak co do ilości, jak i jakości zupełnie prawidłowe. Ta okoliczność przemawiałaby za tym, że karmicielka musiała pokryjomu spożywać białko krowie, np. w postaci masła.

Szczegół ten przemawia też niezaprzeczenie za słusznością mojego poglądu, jaki przedstawiłem kolegom na naradzie w domu chorego. Oświadczyłem wtedy mianowicie, że ponieważ na podstawie moich spostrzeżeń klinicznych wydaje mi się, iż dziecko uczulone jest na białko krowie, należy przeto zastąpić mu je białkiem kozim. Podnosiłem, że stosowanie w tych przypadkach pokarmu obcej dziecku karmicielki, pospolicie nie prowadzi do celu, gdyż karmicielka zwykle pokryjomu dokarmia się białkiem krowim i to najczęściej w postaci masła. Otóż wtedy jeden z kolegów oświadczył, że w tym stanie chorego

obawiałby się podać odrazu mu mleko kozie, że najlepiej będzie zacząć od karmienia pokarmem karmicielki po usunięciu z jej pożywienia białka krowiego. Że obawa jego była niesłuszna, wskazuje na to całkowite ustąpienie objawów niestrawności dopiero wówczas, gdy dziecku podano wyłącznie tylko mleko kozie. Dlatego należy przyjąć, że gdyby zastosowano w początkach choroby dziecka mleko kozie, czy też mleko soji lub z nasion słonecznika lub wreszcie inne sztuczne mleko, moim zdaniem nie tylko nie doszłoby najprawdopodobniej do wystąpienia objawów toksykozy, ale ta jawna niestrawność początkowa ustąpiłaby wtedy, bo przecież później ustąpiły pod jego wpływem nawet objawy toksykozy.

Nie tylko nie należy obawiać się, ale przeciwnie, w niektórych przypadkach, tyczących się niemowląt karmionych wyłącznie pokarmem kobiecym, trzeba niekiedy i to bezwarunkowo odstawić ten właśnie pokarm, a podawać dziecku sztuczne mleko, gdyż wtedy dopiero możemy osiągnąć szybki i należyty wynik leczniczy.

Miałem sposobność spostrzegać dwa takie przypadki. W jednym, tyczącym się kilkutygodniowego niemowlęcia uporczywe i rozległe wyprzenia oraz niestrawność utrzymywały się dopóty, dopóki matka karmiła własnym pokarmem i to mimo, iż z pożywienia jej usunięto białko krowie, potem kozie, a wreszcie i cukier. Zmiany te cofnęły się szybko, gdy zastosowano sztuczne mleko.

W drugim przypadku, tyczącym się kilkumiesięcznego niemowlęcia, cierpiącego na jawną niestrawność, połączoną ze stałym ubytkiem ciężaru ciała, mimo wszelkich dietetycznych zabiegów, sprawa ustąpiła dopiero wtedy, gdy zastosowano sztuczne mleko.

Rowe poleca następujący skład sztucznego mleka: soku z mięsa cielęcego 200 gr (jeżeli istnieje uczulenie na białko krowie, musi się użyć soku mięsa innego gatunku zwierzęcia), laktozy lub innych węglowodanów 40 gr, cukru trzcinowego 12 gr, mąki jęczmiennej, lub w przypadku uczulenia na jęczmień mąki innego gatunku zboża 24 gr, oliwy 22 gr, sproszkowanych drożdży piwnych 1,5, mleczanu wapnia 4 gr, drugorzędnego fosforanu wapnia 5 gr, soli kuchennej 2 gr, cytrynianiu żelazowego 0,2 gr, wody destylowanej do 1000 gramów.

Wracając do naszego przypadku musimy powiedzieć, że powstanie cięższych objawów uczulicy, m. i. gorączki, najprawdopodobniej musiał sprowadzić wywoływacz w postaci soku z marchwi. Przypuszczenie to jest tym bardziej prawdopodobne, gdyż na sok ten, podany dziecku po dłuższej przerwie oddziałało ono również niekorzystnie, a mianowicie wzdęciem brzuszka, wzmożeniem oddawania gazów, niepokojem i krzykiem.

Hüttenheinn opisuje przypadek, tyczący się 3-miesięcznego niemowlęcia, u którego po raz pierwszy podana większa ilość soku marchwiowego wywołała wymioty, dławienia, zapalenie śluzówki jamy ustnej i wreszcie objawy toksykozy. U dziecka tego później, gdy już wyzdrowiało, każdorazowe spożycie choćby tylko paru kropel tego soku, powodowało zawsze bladość skóry, potu, wymioty, oraz zapad. Również po cukrze zwykłym wymiotowało ono stale, a znosiło dobrze tylko cukier odżywczy. W rodzinie dziecka był przypadek dychawicy oskrzelowej i przypadek uczulicy na masło.

Zastanawiając się nad przyczyną wystąpienia w naszym przypadku tak ciężkiej i przy tym tak długotrwałej niestrawności, podkopującej poważnie ogólny stan zdrowia chorego, bo prowadzącej aż do wystąpienia objawów toksykozy, musimy przyjąć, że tą przyczyną w naszym przypadku mógł być albo błąd dietetyczny, albo też jakieś sprawy chorobowe pozajelitowe, jak *pyelocystitis*, *sepsis*, *colibacillosa*, *otitis et mastoiditis occulta*, *tuberculosis*, *peritonitis*. Sprawy te jednakże spostrzeganiem klinicznym i ujemnym wynikiem badań dodatkowych wykluczono. Pozostaje przeto do rozważenia jakiś błąd dietetyczny. W tym wypadku najmniej myśli się o uczuleniu, jako przyczynie tak poważnych objawów. Najlepszym tego przykładem jest omawiany przypadek. Ani bowiem w wywiadach (ojca dziecka nie pytano się ani razu o schorzenia alergiczne w rodzinie), ani też w postępowaniu dietetyczno-leczniczym nie ma nic takiego, coby świadczyło, że leczący myśleli o uczulicy pokarmowej. A tymczasem wynika z wywiadów, że matka dziecka miewa po zjedzeniu gęsiny rumień, że po spożyciu jajka kurzego występują u niej bąble pokrzywkowe, że siostra ojca dziecka cierpi na wyprysk skóry z powodu uczulenia na wełnę, że przeto ze względu na rodzinne obarczenie uczuleniowe, niestrawność u dziecka mogła być uczulicą pokarmową, że wobec tego z pożywienia dziecka należało wyłączyć odpowiedni wywoływacz. A tymczasem zastosowano, postępując utartą drogą dotychczasowego, schematycznego leczenia zaburzeń z odżywiania nie co innego, jak właśnie wywoływacz, bo białko krowie w postaci maślanki, pokarmu kobiecego, niezabezpieczonego od domieszki białka krowiego, a wreszcie krowie mleko białkowe.

Nie stwierdzono wprawdzie odpowiednimi próbami pracownianymi, że rzeczywiście białko krowie w omawianym przypadku było wywoływaczem, ale brak poprawy przy stosowaniu przez dłuższy okres czasu mleka krowiego w jego antydyspeptycznej postaci, a natomiast szybka i bezpośrednia poprawa po wyłączeniu z pożywienia dziecka białka krowiego (metoda eliminacyjna) dowodzi niezbicie, że musimy białko krowie w naszym przypadku uważać za wywoływacz.

Pojawienie się u dziecka typowej świerzbiączki w lipcu 1945 po spożyciu soku z pomidorów, dowodzi niezbicie, że niemowlę jest rzeczywiście uczulone. Również na inne soki i owoce oddziaływuje ono wysypką pokrzywkową.

Omówię jeszcze krótko dwa przypadki.

Pierwszy tyczy się mego bratanka, który od urodzenia był karmiony wyłącznie tylko pokarmem matki, a który mimo to od początku cierpiał na jawną niestrawność. Po głodówce objawy łagodniały, lecz po pierwszym już nakarmieniu i to w ilości ograniczonej, objawy powracały. Dziecko krzyczało całymi dniami i nocami i było wybitnie niespokojne. Przejściowe karmienie maślanką „Wir Zwei“ nie odniosło należytego skutku. Ze względu na rodzinne uczuleniowe obarczenie, rozpoznałem u niemowlęcia uczulicę pokarmową i zleciłem matce dziecka, aby

wyłączyła sobie z pożywienia białko krowie, na co zdecydowała się ona dopiero po 6-ciu tygodniach. Zamiast mleka krowiego używała mleko kozie. Już na drugi dzień po wyłączeniu białka krowiego z pożywienia matki stolce były prawidłowe, dziecko uspokoiło się całkowicie, od tego też czasu zaczęło dopiero przybywać na wadze. Gdy jednego razu matka spożyła mleko kozie sfałszowane mlekiem krowim, u dziecka natychmiast wystąpiły objawy niestrawności, które cofnęły się całkowicie już w następnym dniu, gdy matka piła nieskażone mleko kozie. W 6-ym miesiącu życia, dziecko otrzymało po raz pierwszy rosołek cielęcy. I tak się jakoś dziwnie zbiegło, że w tym czasie ciepłota ciała dziecka dochodziła do 38.3° przez 10 dni. Wówczas, gdy wszelkie badania dodatkowe wypadły ujemnie, pomny na przypadek uczulicy pokarmowej, przebiegającej z wysoką nawet gorączką, a omówiony przeze mnie (Przegląd Lekarski nr 9—10/45 str. 237), pomyślałem, że—ponieważ dziecko było uczulone na białko krowie—przyczyną podwyższonej ciepłoty u niego być może jest czynnik, zawarty w rosołku cielęcym. I rzeczywiście po wyłączeniu tego rosołku ciepłota i to na stałe obniżyła się do poziomu prawidłowego. Że przyczyną gorączki był czynnik zawarty w rosole, przemawia za tym chyba niezbicie pojawienie się znowu gorączki u dziecka, gdy po kilku bezgorączkowych dniach podano mu powtórnie ten rosołek i obniżenie się ciepłoty do poziomu prawidłowego, po ponownym jego odstawieniu. Po zjedzeniu owoców w 6-ym miesiącu życia pojawiła się u niemowlęcia wyspyka pokrzywkowa. Około 10-ego miesiąca życia dziecko znosiło już dobrze białko krowie.

W przypadku drugim, tyczącym się 3-tygodniowego niemowlęcia, T. T., mimo wyłącznego karmienia pokarmem matki, również od urodzenia wystąpiły objawy niestrawności. Niestrawność ta utrzymywała się mimo leczenia głodówkami, stopniowania ilości pokarmu i mimo podawania środków zapierających. Dopiero całkowite wykluczenie z pożywienia matki białka krowiego spowodowało natychmiastowe wyleczenie i to bez użycia olejku rycynowego. Gdy po jakimś czasie matka dziecka zaczęła znowu spożywać białko krowie, pojawiły się u dziecka na twarzy zmiany wysypkowe, które znikły bez śladu, gdy białko krowie z pożywienia matki wyłączono ponownie. W 7-ym miesiącu życia wystąpił u niemowlęcia ciężki atak dychawicy oskrzelowej. Dalszy los dziecka jest mi nieznany.

Jak z powyżej przedstawionych moich spostrzeżeń klinicznych wynika, to osiągnięcia lecznicze w zaburzeniach z odżywiania u niemowląt, przy uwzględnianiu alergii, jako czynnika etiologicznego i przy odpowiednim do tego postępowaniu dietetycznym, są bezwarunkowo korzystniejsze i dlatego nieuwzględnianie tego czynnika etiologicznego, należałoby już dzisiaj uważać za błąd sztuki lekarskiej.

Jak korzystnym jest, i to tak dla chorego, jak i dla lekarza wzięcie pod uwagę uczulenia, jako czynnika przyczynowego zaburzeń z odżywiania u niemowląt, wskazuje na to doświadczenie jednego z moich kolegów, który początkowo sceptycznie był usposobiony do tego zagadnienia. Później jednak, skoro zajął się nim bliżej i osiągał szybsze i o wiele korzystniejsze wyniki lecznicze, powiedział mi, że dzisiaj już nie wyobraża sobie leczenia zaburzeń z odżywiania bez uwzględnienia uczulenia jako czynnika przyczynowego.

Zdaję sobie sprawę oczywiście, że mniej lub bardziej szczegółowym omówieniem tych kilku przypadków schorzeń alergicznych, ani w drobnej części nawet nie wyczerpuję tego tak ciemnego jeszcze, tak niezmiernie uderzającego, a przy tym tak ważnego zagadnienia. Wykładem niniejszym chciałem tylko zwrócić uwagę na jego ogromne znaczenie praktyczne.

PIŚMIENNICTWO

S. Dawidson: O rozwolnieniach u oseska, żywionego wyłącznie piersią i ich leczeniu. Praktyka Lekarska, dodatek do Pol. Gaz. lek., arkusz 10, 1932. — T. Giza: Zatrucie jelitowe niemowląt, Kraków, 1939. — E. Hüttenheim: Arch. f. Kdh. 128, 1943. — T. Nowak: Przegląd Lekarski nr 9 — 10 str. 237 1945. — Pfaundler-Schlossmann: Hb. d. Kdh. t. III, 1931 i Ergänzungswerk 1942.

Doc. dr A. SABATOWSKI Kraków

Przyrodoleeznictwo chorób urazowych[1])

Przyrodolecznictwo schorzeń chirurgicznych, w zakresie chirurgii urazowej, jest bardzo stare. Na obszarach, stanowiących państwo rzymskie w okresie jego świetności pozostały do dziś ślady lecznictwa kąpielowego rannych żołnierzy legionów rzymskich w zdrojowiskach dziś francuskich (Royat, Aix les Bains), niemieckich (Akwisgran), austriackich (Baden k. Wiednia), słowackich (Piszczany) i węgierskich (Budapeszt). Żołnierze wojsk Franciszka I i Ludwika XIV leczyli się przeważnie w Barèges, które też nazwano „eaux des arquebusades"; wojny siedmioletnia i napoleońskie zaludniły Piszczany, Trenczyn, Cieplice Czeskie, a na naszych ziemiach Cieplice Śląskie a zwłaszcza Lądek — wszystko cieplice siarczane, siarczano-słone, radonowe, rzadziej solankowe. W XIX wieku zaczęto tych chorych leczyć także kąpielami dogrzewanymi, siarczanymi (u nas np. Swoszowice) i szczawami alkalicznymi słono-jodowymi (Iwonicz), a nawet suchym bezwodnikiem węglowym ze zdrojów, co następnie poszło w zapomnienie.

Dziś zdrojownictwo francuskie, które najkonsekwentniej przeprowadziło specjalizację swoich wskazań, rozporządza ośmioma zdrojowiskami do leczenia chorób urazowych, w tym 5 zajmującymi się szczególnie przetokami kostnymi. W wielu krajach sprawa ta jest na szarym końcu zainteresowań lekarskich, jak zobaczymy całkiem niesłusznie.

Z czynników klimatycznych helioterapia wysuwa się na czoło. Zapomniano dziś, że pierwsze szczęśliwe próby leczenia słonecznym światłem ran (Bernhard w Samaden — Szwajcaria) dotyczyły źle gojących się ran niegruźliczych. Dopiero później świetne wyniki leczenia tzw. chirurgicznej gruźlicy

[1]) Wyjątek z podręcznika Balneo-klimatologii mającego się wkrótce ukazać.

przysłoniły ten fakt zupełnie. W czasie I wojny światowej stosowałem przez 2 lata ciepłą porą tę metodę na setkach rannych tuż za frontem i widziałem doskonałe wyniki, których nie było czasu ogłaszać. Potwierdziły je publikacje Instytutu Balneoklimatologii w Sewastopolu na podstawie ścisłych spostrzeżeń w r. 1940.

Sztuczne źródła światła w postaci lamp leczniczych oraz diatermia i krótkofalówka łączą się tak ściśle z balneo i klimatoterapią tych schorzeń, że trzeba je ująć razem bez zapuszczania się w zagadnienia fizyki i drobiazgowej metodyki stosowania. Leczenie mięsieniem (massoterapia) i ćwiczeniem ruchu (kinesiterapia) pozostawiam poza obrębem rozważań.

Przyrodolecznictwo w chirurgii urazowej można stosować już bardzo wcześnie, nie odczekując wysłania chorego do uzdrowiska, co często okaże się niepotrzebnym właśnie dzięki sposobom stosowanym w szpitalu. Już przy świeżych ranach korzystnym jest jednorazowe naświetlenie ich kwarcówką (dawka rumieniowa) przed założeniem opaski lub szwu; przy rozległym uszkodzeniu, a zwłaszcza późno opatrywanym, można zastosować (przez opatrunek) krótkofalówkę w natężeniu mało grzejącym. Oba te zabiegi podnoszą odporność ustroju przeciw wylęgającemu się zakażeniu. Trzeba tylko pamiętać, że stosowanie kwarcówki wyklucza stosowanie na skórę przetworów jodu. Sumowanie się tych bodźców daje bowiem często już zapalenie skóry. Słońcowanie świeżych ran przy sposobności zmiany opatrunku, a nawet ogólne kąpiele słoneczno-powietrzne (bez odsłaniania rany i nie w godziny wielkiego upału) przyspiesza prawidłowe gojenie się rany i daje kosmetycznie piękne blizny. Warunek kąpieli takiej: niezbyt gwałtowny odczyn miejscowy (ropienie zapalne) i ogólny (gorączka, silne przyspieszenie opadania krwinek). Rany czyste, operacyjne, w stanie anergii, nie wykazujące śladów rychłozrostu, poprawiają się szybko po energicznym stosowaniu kwarcówki (1—2 dawki rumieniowe na raz, co drugi dzień). Przepłukiwanie ran leniwo ziarninujących solanką 1 do 2% poprawia rozrost ziarnicy (Rogge). Jeden i drugi zabieg stanowi czynnik drażniący dla ziarnicy, kwarcówka zaś równocześnie lekki czynnik przeciwbólowy przez uwalnianie histaminy w powierzchownych tkankach, odczula wprost tkanki i podwyższa odporność ustroju. (Nawiasowo dodać tu można, że 5 do 6-razowe naświetlenie chorego kwarcówką przed zabiegiem operacyjnym obniża wydatnie odsetek powikłań przyrannych i płucnych po operacji).

Dalsze prowadzenie światłolecznictwa rany rozległej wymaga przy soczystej ziarninie co trzeci dzień po pół dawki rumieniowej na ranę, a co 6 dni podwójną taką dawkę na zdrową skórę i to przy ranach nóg na okolicę krzyżowo-biodrową, przy ranach rąk i ramion na okolicę międzyłopatkową. Przy słabej ziarninie i obfitej wydzielinie: pełna dawka rumieniowa na ranę i jej okolicę co 4 do 5 dni, a ponadto albo codziennie lampa podczerwona (20—30 min.), albo sollux (10—15 min.) lub też kąpiel solankowa trzyprocentowa 36^0 do 37^0 15 minut z przerwą co trzeci dzień. O ile chory jest silniej niedokrewny i wycieńczony, to już w tym okresie nadaje się do lecznicy zdrojowiskowej celem kąpania w szczawie solankowo-jodowej w Iwoniczu lub w suchych kąpielach kwasowęglowych Krynicy lub Chudobic (Kudowa) na Śląsku. Oba te górskie zdrojowiska mieć będą dla takiego chorego jeszcze wartość klimatyczną. Bezwodnik węglowy, rozpoznany dopiero w r. 1759, był już z końcem XVIII wieku używany do kąpieli suchych przy źle gojących się ranach; po wojnach napoleońskich stosowano go wszędzie, gdzie tylko suchy bezwodnik był w obfitości. Leczenie to wybitnie przyspiesza oczyszczanie się i gojenie ran i nie wymaga rozbierania się do naga ani zdejmowania lekkiego opatrunku byle by tylko nie był z tłuszczami. Czas trwania kąpieli: 20 do 30 minut. Bezwodnik węglowy hamuje rozrost drobnoustrojów ropnych, wywołuje silne przekrwienie skóry a zwłaszcza rany jako obnażonej z naskórka i wilgotnej. W następstwie tego produkcja ciał obronnych rośnie (ezofilaksja).

Bezwodnik węglowy działa przeciwbólowo tak w kąpieli suchej jak i w szczawnej.

Tak znakomity środek leczniczy został zupełnie zapomniany i ze wskazań zdrojowych skreślony. Przypomniał go dopiero w r. 1929 Cobet, stosując CO_2 z butli wprost na rany pod b. niskim ciśnieniem przez 20 do 30 minut codziennie. Do głębszych przetok i jam, do opłucnej wprowadza się gaz szklaną rurką. I teraz stosowanie bezwodnika węglowego w. szpitalach i zdrojowiskach spotyka się bardzo rzadko i grozi mu ponownie zapomnienie mimo, że w oczyszczaniu ran, znieczulaniu i przyspieszaniu epitelizacji jest niezrównany, a zarazem zupełnie nietoksyczny i tani. Przy odleżynach i rozleglejszych oparzelinach jest on bezcenny ze względu na niezwykle szybki rozrost naskórka. Stosować go można na przemian z lampą podczerwoną i kwarcówką.

Rany części miękkich z rozległymi naciekami zapalnymi lub z obfitym ropieniem, a także powikłane (otwarte) złamania, potrzebują co drugi dzień rumieniowej dawki kwarcówki na ranę i jej okolicę. Przyspiesza to obumarcie i oddzielenie wszystkich strzępków tkanki, które nie mogą się utrzymać przy życiu. W miarę oczyszczania się rany wielkość dawki światła i częstość naświetlań umniejszamy, aby działać już tylko lekko pobudzająco. Przy głębokich martwiakach kości lub głębokiej martwicy części miękkich wskazana jest krótkofalówka na partię chorą, przez 2 do 3 dni pod rząd, a po tym co drugi dzień w dawce mało grzejącej, ewent. sollux co dzień po 15 minut. Przy silnie przewlekłym przebiegu zawijania borowinowe chorej partii co drugi dzień po 15 do 25 minut stopniowo o ciepłotach podwyższonych od 41^0 do 46^0C. z każdym zabiegiem. Na samą ranę przychodzi gazik z obojętną maścią. Borowina musi być kontrolowana czy nie zawiera *b. coli*, stosowana może być w każdym szpitalu, mającym w pobliżu nienaganną borowinę, o co nie tak trudno. W wojew. krakowskim wszczęto już za nią poszukiwania za inicjatywą naczelnika Wydziału Zdrowia dra Anselma. Przypadki długo wlokące się zwłaszcza u reumatyków należą już do lecznic zdrojowiskowych dla leczenia klimatem, borowiną i ewent. solanką. Przy sprawach kostnych liczyć także trzeba na korzystny wpływ kwarcówki na bilans wapnia, magnezu i fosforu.

Histaminizacja ustroju, wywołana bodźcami promienistymi (światło, ciepło) działa przeciwbólowo i odczulająco na cały ustrój. Przeciwwskazaniem do tego leczenia jest tylko skłonność do krwotoków z rany — histamina bowiem może tu wpłynąć niekorzystnie.

Przewlekłe zapalenie kości i jej szpiku leczymy tak samo. Krótkofalówka (mało ciepła!) łagodzi objawy zapalne, gorączkę i bóle, zmniejsza ilość wydzieliny, goi przetoki. Chorzy tacy zwykle wykazują niedokrewność i wychudzenie, bóle meteoropatyczne („na zmianę") nieraz bardzo gwałtowne, zaburzenia allergiczne i nerwowe — im też najbardziej należy się wszechstronnie ujęte leczenie w zdrowisku. Te przewlekłe przypadki zapełniały już od czasów rzymskich zdrojowiska Europy. Doświadczenie wielu wieków, równie wartościowe jak doświadczenie eksperymentalne, wskazuje na pewne cieplice jako dające wysoki odsetek popraw i wyleczeń. Do takich należy w Polsce Lądek z wodami radonowymi typu słabej siarczanki, znany z wyników leczniczych urazów wojennych jeszcze od 30-letniej wojny. Tu zaliczyć trzeba Cieplice Śląskie z wodami silnie hipotonicznymi, śladami związków siarki i radonu — a więc i dziś jeszcze nie tłumaczącymi się ze swego działania, choć też są od kilkuset lat w użyciu, podobnie jak sporo takich cieplic w różnych krajach. Tu zaliczymy bogate w siarkowodór siarczanki solankowe zimne, a więc u nas Busk, Solec, Horyniec i siarczanki wapniowe jak Swoszowice. Siarkowodór, również przenikający naskórek, a zwłaszcza ziarninę, jak bezwodnik węglowy i równie drażniący, wyzwalający z tkanek histaminę, przyspiesza gojenie osłabiając żywotność drobnoustrojów i ogólnie podnosząc rezerwę alkaliczną krwi i zawartość glikogenu w wątrobie i mięśniach (drogą nerwu błędnego i trzustki), co zwiększa ich odporność na proces zapalny i jady bakteryjne. Tę właściwość posiadają wszystkie silniejsze co do ciepłoty kąpiele. Mieć trzeba jednak na uwadze, że gorętszych kąpieli nie można stosować u chorych, których narząd krążenia ucierpiał wskutek znacznego upływu krwi, długotrwałego ropienia i gorączki. Przypadki takie nie są bynajmniej rzadkie. Odpowiedniejsze będą tu już kąpiele, działające bardziej drażnikami chemicznymi przy umiarkowanej ciepłocie a więc szczawy solankowo-jodowe (Iwonicz), suchy bezwodnik węglowy lub kąpiele radonowe nieco silniejsze, które mamy w Świeradowie (Flinberg) w klimacie średnich gór. Radon upośledza żywotność drobnoustrojów ropnych i prątka okrężnicy, których współistnienie w zakażeniach czyni je bardzo uporczywymi. Stąd i siarczanki radonowe są tak skuteczne. Radon drażni też i ziarninę jako tkankę o typie „młodocianym". Słabe drażnienie jest korzystne, silne mogło by być już szkodliwym dla ziarniny, to też bardzo silne wody radonowe już się do tego celu nie nadają. Należy tu wspomnieć o badaniach doświadczalnych, które pokazały, że cieplice tzw. „obojętne" i słabo radonowe pobudzają kiełkowanie i wzrost roślin wyżej organizowanych (Mougeot, Frémont, Brüning, Stransky), a także przyspieszają gojenie się ran tym roślinom zadanych (Popow, Madaus). W przypadkach powoli gojących się złamań i przetok kostnych balneolodzy francuscy i angielscy stosują też picie lekkich siarczanek i wód cieplicznych hipotonicznych. Działa tu oczywicie opisany przeze mnie „bodziec nawodnienia" na ogniska chorobowe i wypłukiwanie jadów przez żółć (drobnoustrojowe a także resztki sulfamidów i arsenobenzolów stosowanych). Wody te zawierające b. mało siarkowodoru, a natomiast siarczek sodu, tiosiarczan i wapń, działają ponadto odczulająco na ustrój. Właściwość tę mają także wody radonowe i alkaliczne i picie ich w późniejszych okresach choroby tak samo jak i stosowanie energii promiennej krótkofalowej (kwarcówką) uśmierza pozostałą nadwrażliwość.

Ściągające blizny ograniczające ruchomość lub wywołujące przy ruchu bóle, a także ankylozy łącznotkankowe, leczymy w szpitalu lub uzdrowisku parowymi natryskami, częściowymi parówkami, suchą łaźnią elektryczną, solluxem, lampą podczerwoną i okładami borowinowymi zależnie od tego, czym dysponujemy. Mięsienie i ćwiczenia ruchowe najlepiej stosować po tamtych zabiegach, gdy napięcie tkanek pod wpływem ciepła zmalało.

Gojenie złamań niepowikłanych przyspiesza się stosowaniem z końcem czwartego tygodnia kwarcówki (zwłaszcza zimą i na przedwiośniu) i okładów borowinowych (42° do 45°; 20 do 30 min.). Zbyt silnych dawek kwarcówki należy unikać, gdyż mogą wywołać skutek wręcz odwrotny (Jurasz): opóźnienie kostnienia zamiast przyspieszenia. W okresie wczesnym łagodzi bóle lekka dawka krótkofalówki, stosowana przez gips.

Krwiaki i wysięki zapalne urazowe w częściach miękkich, stawach i torebkach ścięgnistych — poza leczeniem chirurgicznym traktujemy po 3—4 dniach od wypadku lampą podczerwoną, solluxem (2 razy dziennie po 15 min.) lub łaźnią elektr. częściową. Przy silnych bólach rumieniowa dawka kwarcówki na miejsce uszkodzone lub lekka dawka krótkofalówki. Urazowe zapalenie mięśni i ścięgien po 14 dniach leczymy krótkofalówką lub zawijaniami borowinowymi (43° do 48° postępowo, 15 do 25 min. co drugi dzień, 15 do 20 zabiegów).

Przewlekłe zapalenie żył i naczyń limfatycznych można w 2 miesiące po ustaniu stanów gorączkowych doleczać kąpielami solankowymi, siarczanymi i zawijaniami borowinowymi pod kontrolą ciepłoty i opadania krwinek. Dobre wyniki daje też diatermia długofalowa. Zabiegi te wywołują uwalnianie z tkanek histaminy i acetylcholiny znoszących skurcz naczyń. Kąpiele i zawijania borowinowe stosuje się jako środek zapobiegający zrostom w jamie otrzewnowej po wszelkich operacjach, zarówno na przewodzie pokarmowym jak na drogach żółciowych i narządach kobiecych. Także zmiany zapalne powstałe w następstwie urazów albo i bez nich, kwalifikują się do borowiny z chwilą ustania gorączki. Schmieden zaleca stosowanie borowiny jak najwcześniej, skoro tylko zniknie gorączka i rana się zabliźni, a nawet jeszcze przy lekko ropiejących szwach skórnych lub rozejściu się brzegów rany. Okład wzgl. zawijanie borowinowe kładzie się wówczas na opatrunek plastrowy nakryty ceratką. Tylko wczesne leczenie borowinowe przeciwdziała skłonności do zrostów. Rzecz oczywista, że zabiegi stosujemy z początku niezbyt gorące (42°) ale zato przez godzinę, otulając okład

kocem i przechodząc później do półkąpieli borowinowej jako leczenia końcowego.

Ponieważ po urazach i operacjach stwierdza się bardzo wyraźną hiperglikemię pokarmową (Löhri, Maranon, Cerf i Pauly) a także dość często widuje się objawy nietolerancji na węglowodawcy w postaci ślinotoków, biegunek i swędzących wyprysków, zaleca się u tych chorych dietę ubogą w węglowodany a zwłaszcza cukier, podając natomiast pożywienie białkowe (ser, jaja, ryby, mięso), zwłaszcza po urazach i operacjach stawów, pamiętając, że w tych przypadkach wywóz połączeń siarki z ustroju jest silnie wzmożony (w czasie ozdrowin maleje) a białko jest jedynym źródłem dowozu siarki. Także picie lekkich wód siarczanych wówczas się zaleca. Przy silniejszym procesie zapalnym wskazaną jest dieta małosolna, przy długotrwałym ropieniu dieta „wahadłowa", na zmianę przez tydzień zwykła i „zakwaszająca", która polega na ograniczeniu mleka, owoców, cukru i jarzyn, a zwiększeniu ilości mięsa, jaj, kasz i chleba. Tran i czyste witaminy A i D korzystne są przy sprawach kostno-stawowych zaś B_1 przy uszkodzeniu nerwów.

Po urazach połączonych ze zgnieceniem lub naderwaniem nerwu, objawiających się częściowym upośledzeniem jego czynności, zaleca się jak najwcześniejsze rozpoczęcie przyrodolecznictwa, o ile tylko wysoka ciepłota ciała i szybki opad krwinek nie nakazuje powściągliwości. Stosujemy tu kwarcówkę na okolicę urazu i odpowiedni odcinek rdzenia (dawka rumieniowa), borowinę na kręgosłup i o ile możności na miejsce uszkodzenia (42—45°; 15 do 20 min.). Neuralgię uśmierza dobrze kąpiel solankowa lub radonowa 36° do 37°; 20—30 min. Bóle typu kauzalgii dają słabe wyniki i to tylko przy stosowaniu chłodniejszych zabiegów: borowiny 38° do 40° (zawijania) lub kąpieli solankowej 34°; 3% do 4%. Nadmienić trzeba, że kauzalgia jest często następstwem zbyt późnego rozpoczęcia przyrodolecznictwa w przypadkach uszkodzenia samego nerwu lub jego bliskiego sąsiedztwa (uciskające blizny, kostniaki, zgrubienia okostnowe). Jest to najdokuczliwsze następstwo takiego zaniedbania i powinno skłaniać do większej aktywności we wczesnym i wszechstronnym leczeniu podobnych uszkodzeń. Inne zespoły neurowegetatywne jak parestezje, uczucie dotkliwego zimna, zaburzenie w poceniu się uszkodzonej kończyny, leczymy kwarcówką w dawkach energicznych, krótkofalówką na odpowiedni segment rdzenia i kąpielami solankowymi lub siarczanymi, obfitszymi w siarkowodór (Busk, Solec, Swoszowice).

Niedowłady i zaniki mięśniowe w następstwie uszkodzeń neurotroficznych, lżejszych uszkodzeń rdzenia, długotrwałego unieruchomienia kończyn itp. potrzebują — obok elektroterapii i mięsienia z biernym ćwiczeniem — leczenia ruchowego czynnego. Najlepiej przeprowadza się je w zdrojowiskach, posiadających sadzawki (baseny) z wodą cieplicżą. Rozporządzamy dziś w Polsce dwoma takimi zdrojowiskami. Są to Lądek w ziemi kłodzkiej i Ciechocinek w kujawskiej, Lądek o wodach siarczanych, hipotonicznych z średnią zawartością radonu, Ciechocinek natomiast o 6% solance uboższej w radon. Oba mają po dwie sadzawki kryte i po jednej otwartej. Ciechocińska sadzawka otwarta ma olbrzymie wymiary i różne głębokości. Czynnikiem ułatwiającym dowolne wykonywanie ruchów jest „niosące" działanie wody. Wedle prawa Archimedesa o pozornej utracie wagi ciała zanurzonego, waży człowiek 70 kg w wodzie hipotonicznej około 8 kg, zaś w solance 6% około 3 kg. Zrozumiałe więc jest, że chory niedowładny porusza się w wodzie łatwiej a już w 6% solance całkiem łatwo. Umożliwia to swobodne ćwiczenie kończyn, chodzenie po dnie i pływanie i działa znakomicie na psychikę chorego, dotkniętego kalectwem. Ćwiczenia takie dają doskonałe wyniki lecznicze. W miarę poprawy może chory w Ciechocinku przenieść się z solanki 6% o 37° do wielkiej sadzawki o solance 3% i 25° C, gdzie może swobodnie pływać. Stanie i chodzenie w sadzawce wpływa dobrze na obrzęki nóg pozostałe po długim leżeniu (równomiernie ku górze malejący nacisk na powierzchnię nóg). Radon, wnikający w skórę i wdychiwany, działa korzystnie na niedokrewność wtórną, na stany allergiczne, na bilans wapnia w ustroju, na przewlekłe przetoki kostne, na resztki spraw urazowych w stawach, na nerwobóle, a szczególnie na przewlekłą rwę kulszową (ischias), tak częstą po urazach nóg i wreszcie na osłabiony narząd krążenia. Do tego dołącza się działanie chlorku sodu w jednym zdrojowisku, a siarczku sodu i tiosiarczanu w drugim, podgórski (450 m) klimat Lądka i równinno-leśny Ciechocinka, a w obu pełnia urządzeń do fizykalnego lecznictwa. Lądek posiada obok kilku gmachów łazienkowych wielką 3-piętrową lecznicę dla urazowców; Ciechocinek powinien ją co rychlej dostać, łazienek ma dużo. Oba zdrojowiska mają wszelkie warunki stania się wielkimi ośrodkami lecznictwa urazowego. Nawiasem dodam, odnośnie sadzawki, że wielka obfitość wód cieplicżych umożliwia prawie bezustanną wymianę wody w sadzawkach. Sadzawka pod otwartym niebem umożliwia też stosowanie równoczesne kąpieli słoneczno-powietrznej w porze letniej; sadzawki kryte mogą być używane przez cały rok przy minimalnych kosztach ruchu wobec odpowiedniej ciepłoty wody. Cieplice Śląskie mają 3 małe sadzawki, zbyt małe do ćwiczenia ruchu, budowa wielkiej jest sprawą dalszej przyszłości.

Jak z poprzednich wywodów wynika, lżejsze przypadki urazów wyleczają się w szpitalach i przychodniach fizykalnego leczenia, cięższe zaś, po okresie wstępnego leczenia szpitalnego należą do lecznic uzdrojowiskowych ze względu na wymogi lecznicze i rytmikę pracy zakładów leczniczych, z których szpitale są przeznaczone dla krótkoterminowego, a lecznice klimatyczne i zdrojowe dla długoterminowego leczenia (4 do 6 tygodni, czasem i dłużej). Długie przetrzymywanie chorych w szpitalu, o ile nie jest podyktowane groźnym stanem chorego, przynosi uszczerbek wydajności pracy szpitala bez szczególnej korzyści dla chorego, który w dobrych warunkach klimatycznych i przy pełni zasobów leczniczych zdrojowiska rokuje szybszą i pełniejszą poprawę w dobrze urządzonej lecznicy prowadzonej przez specjalistę traumatologa. Zdrojowiska o pracy całorocznej (a o takich jest tu mowa) mają sezony zimowe mieszane, leczniczo-sportowe, co powoduje konieczność udzielania nieraz pomocy w przypad-

kach urazów sportowych. Nie ma wreszcie powodu, aby lecznica zdrojowiskowa położona daleko od miasta nie miała przyjąć w leczenie przypadku urazu w pracy jaki by zaszedł w pobliżu. Wszystko przemawia za koniecznością uruchomienia specjalnych publicznych lecznic urazowych lub takichże oddziałów przy lecznicach ogólnych w zdrojowiskach, które ze względu na swe bogactwa przyrodzone do tego najlepiej się nadają, a więc Ciechocinek, Busko, Iwonicz, Krynica, Lądek a w dalszym planie Chudobice (Kudowa), Cieplice Śląskie i Świeradów (Flinsberg).

Należy mieć nadzieję, że szerokie wprowadzenie w lecznictwo penicyliny, a może i innych leków, ilość przypadków ropiejących poważnie zmniejszy, niemniej jednak ilość przypadków potrzebujących leczenia zdrojowego nie będzie mała. Trzeba się liczyći z poważniejszymi stanami niedokrewności, które potrzebowały by leczenia klimatyczno-zdrojowego, a więc szczaw żelazistych Krynicy lub żelazisto-arsenowych Chudobic, gdzie też i niedomogi pourazowe narządu krążenia znalazły by pomieszczenie. Dla tego ostatniego wskazania wchodził by w rachubę i Ciechocinek ze solanką gazowaną. Niedomoga wątroby i stany allergiczne jelit i skóry, sprawy po ciężkich urazach nie rzadko występujące i powrót do zdrowia i pracy poważnie opóźniające należą też do Krynicy ze względu na zdrój Zubera. Tam też skierujemy hipertyreozy, a także do Chudobic, ze względu na arsen i osobliwie małą zawartość jodu w powietrzu ziemi kłodzkiej. Nerwice u. współczulnego i stany pourazowe, które krótko nazwać można allergiami psychologicznymi, a które zbyt często uchodzą za aggrawacje, zasługują w pełni na leczenie w Krynicy, a u starszych chorych w Cieplicach Śląskich. Wreszcie najlepiej znane a pospolite zwłaszcza u reumatyków meteoropatie pourazowe, dające nieraz przy zmianie pogody u osobników wegetatywnie pobudliwych tak gwałtowne bóle, że stają się doraźnie niezdolnymi do pracy, należy kierować do Lądka.

Waga i społeczne znaczenie leczenia i doleczania uszkodzeń urazowych jest w dzisiejszej Polsce bardzo znaczna. Mamy wielkie rzesze inwalidów wojennych i inwalidów pracy, którzy w czasie wojny nie byli leczeni tak, jak by im się to należało. Wyczerpanie materiałowe ostatniego okresu wojny, brak lekarzy, zbrodnicza obojętność okupanta, spowodowały, że ofiary okresu wojennego jeszcze długo i nieraz kilkakrotnie będą musiały być leczone w zdrojowiskach. Bardzo znaczne uprzemysłowienie odzyskanych ziem, postępująca motoryzacja przewozu i rolnictwa będą stale dawały pokaźne ilości przypadków wymagających leczenia. Śląsk, Małopolska i województwa centralne mają bliski dostęp do odpowiednich temu celowi zdrojowisk, dla rejonu Gdańska z jego ciężkim przemysłem potrzeba będzie wynaleść możliwość leczenia w pobliżu. Światło- i ciepłolecznictwo, a o ile możności stosowanie kwasu węglowego i zawijań borowinowych należy wprowadzić w każdym szpitalu.

Dr JAN Z. ROBEL — Kraków

W sprawie pantokainy

Z Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie.
(Dyrektor: dra Jan Z. Robel)

W ostatnich miesiącach zaszło u nas w kraju kilka wypadków zejścia śmiertelnego na stole operacyjnym po zastosowaniu miejscowego znieczulenia infiltracyjnego. Powodem nieszczęścia było użycie pantokainy w rożczynie 1%-owym, a zatem w stężeniu niedopuszczalnym. W jednym z tych wypadków wstrzyknął lekarz około 25 ml takiego roztworu, co odpowiada dawce 0,2 g pantokainy.

W przytoczonych wypadkach wchodziło w grę niewątpliwie błędne dawkowanie preparatu, którego nazwa przypomina nowokainę, względnie jej synonimowe zastępstwa: polokainę i prokainę.

Pantokaina działa dziesięciokrotnie silniej znieczulająco niż nowokaina (polokaina, prokaina), jest jednak od niej tyleż niemal razy silniej jadowita; jest też $2^1/_2$ do 3 razy silniej trująca niż kokaina. Wytwórca pantokainy (firma Bayer) zamieszcza na opakowaniach pantokainy dwukrotne ostrzeżenie co do ścisłego przestrzegania stężeń przy stosowaniu roztworów tego preparatu, zaznaczając z podkreśleniem, że do wstrzykiwań wolno używać wyłącznie tylko rozczynów o stężeniach promilowych.

Zdaniem niektórych autorów nadaje się pantokaina szczególnie dobrze do znieczulania śluzówek, natomiast posiada w stosunku do nowokainy tylko strony ujemne przy zastosowaniach do znieczulania infiltracyjnego i przewodowego. Podaje się przy tym, iż do tych ostatnich celów należy stsoswać pantokainę w roztworach $^1/_2$‰ (0,05%!), najwyżej zaś 1‰. Najwyższa dawka jednorazowa pantokainy nie powinna przekraczać 0,02 g.

Znaczną ilość śmiertelnych wypadków, notowanych za granicą po zastosowaniu pantokainy, przypisuje się również tej okoliczności, iż w literaturze przedstawiano jadowitość pantokainy w sposób wprowadzający łatwo w błąd, w następstwie czego lekarze uważali i ten środek za równie niewinny, jak nowokainę.

Doc Dr STANISŁAW NOWICKI — Kraków

Zasady organizacji szpitalnictwa

I. Administracja szpitalnictwa

Ogólne wyniki lecznictwa są przede wszystkim zawisłe od poziomu leczenia szpitalnego. Różnorodność władz, którym podlegają szpitale, albo w ogóle brak właściwego zwierzchnictwa nad niektórymi jest poważną przeszkodą, aby usprawnić i podnieść pracę zakładów leczniczych. Rozmaite zaś formy organizacyjne szpitali w Polsce utrudniały, a nawet uniemożliwiały celową politykę szpitalną, przyczyniały się do zbędnych wydatków, lub prowadziły do zaniedbania ważnych potrzeb, a wreszcie dopuszczały nieraz do nieodpowiedniej obsady lekarskiej.

Uznając za podstawową jednostkę szpitalnictwa publiczny szpital powiatowy, należy zwrócić uwagę,

aby stworzyć odpowiednie ustrojowe warunki dla jego istnienia i rozwoju. W przedwojennych, uregulowanych stosunkach samorządy powiatowe niejednokrotnie nie potrafiły się uporać ze swymi szpitalami albo z braku odpowiednich środków finansowych, albo w następstwie niezrozumienia zadań swego szpitala. Często utrzymanie szpitala powiatowego było uznawane za przykry, a nieproduktywny wydatek. Następnie nie podobna pominąć, aby w sprawy szpitala samorządowego nie wglądał rzeczywisty zwierzchnik sanitarny samorządu. jakim jest lekarz powiatowy. Niewielu z lekarzy powiatowych miało odpowiednie doświadczenie szpitalne, a zazwyczaj mniejsze, niż nieraz wytrawni i pod względem zawodowym o wiele lepiej przygotowani dyrektorzy szpitali. Także ciała doradcze w postaci rad czy komisyj szpitalnych, które w niektórych powiatach decydowały o budżecie szpitala powiatowego, nie stawały nieraz na wysokości zadania. Względy uboczne albo brak poczucia społecznego stawały na przeszkodzie, aby urzeczywistnić należyte warunki dla pracy szpitalnej. Mimo zmienionych po wojnie stosunków społeczno-politycznych nie można oczekiwać, że nastąpią wkrótce takie zmiany w strukturze gospodarczej i zrozumieniu zadań szpitalnictwa na terenie powiatów, co zmienią przedwojenne nastawienie i usprawnią zadania szpitalnictwa.

Aby zapewnić prawidłową i planową działalność szpitali powiatowych, należy je wyłączyć z obrębu wszelkiej administracji powiatowej, pozostawiając jednak jako organ doradczy komisję szpitalną w obrębie powiatowej rady narodowej. Całokształt spraw szpitalnych dotyczących i innych szpitali, znajdujących się w powiatach i miastach wydzielonych, załatwiać winien wojewódzki urząd zdrowia.

Wydział szpitalnictwa skupia w wojewódzkim urzędzie zdrowia sprawy gospodarcze, lecznicze i osobowe, dotyczące szpitali w mniejszym lub szerszym zakresie, zależnie od ustroju szpitala. Będą tam załatwiane wszelkie sprawy związane z budżetem szpitali powiatowych, niezależnie od tego, czy fundusze pochodzić będą z ogólnego budżetu państwowego, dotacyj samorządowych, czy składek ubezpieczeniowych. Również budżety szpitali bez prawa publicznego winny podlegać wglądowi i kontroli wydziału szpitalnego. Dla spraw leczniczych ustanowieni będą konsulenci wojewódzcy z zakresu głównych działów, jak internista, chirurg, ginekolog itd., których zadaniem będzie czuwać nad poziomem lecznictwa w szpitalach na terenie województwa. Inspektor famaceutyczny oraz naczelna pielęgniarka będą dopełniać całości w zakresie lecznictwa szpitalnego. Sprawy osobowe dotyczące obsady stanowisk szpitalnych na terenie powiatów będą załatwiane przez wojewódzki urząd zdrowia, po zasięgnięciu odpowiednich opinii co do zawodowego i etycznego poziomu kandydatów. Odnosi się to zarówno do szpitali publicznych, jak i bez prawa publiczności. Być może, że niektóre nominacje szpitalne będą załatwiane bez odwoływania się do Ministerstwa Zdrowia.

Całość spraw szpitalnictwa w państwie będzie ujęta przez Departament Szpitalnictwa w Ministerstwie Zdrowia. Polityka szpitalna może być tylko wtedy należycie przeprowadzona, jeżeli rozmieszczenie, wznoszenie i rozbudowa wszelkich zakładów leczniczych, za wyjątkiem wojskowych, będą podlegać Ministerstwu Zdrowia. Równoczesnie Minister Zdrowia winien mieć istotny wpływ na kształcenie i określenie wymagań, jakie należy stawiać lekarzom szpitalnym we wszystkich szpitalach, za wyjątkiem klinik uniwersyteckich.

II. Ustrój szpitalnictwa

Zasadnicza jednostką szpitalną dla Służby Zdrowia jest publiczny szpital powiatowy. W nim znajdą się najważniejsze oddziały jak chirurgiczny, wewnętrzny, położniczy, zakaźny, dziecięcy, skórnoweneryczny. Będzie on zaopatrzony w odpowiednie pracownie i zakłady. Liczba łóżek w tym szpitalu będzie zależna od ilości mieszkańców, lecz nie mniejsza niż 200. Utrzymywanie mniejszych szpitali jest rozrzutnością pod względem gospodarczym i osobowym, a odległości można będzie łatwo pokonać, zaopatrując szpitale powiatowe w samochody sanitarne.

W miastach wojewódzkich i wydzielonych z województw utworzone będą szpitale wojewódzkie, obejmujące około 1.000 lub więcej łóżek, ze wszystkimi oddziałami i dostatnio wyposażone w pracownie i zakłady. Przeznaczone w pewnym stopniu jako uzupełnienie szpitali powiatowych i jako szpitale szkolne dla przygotowania specjalistów i dokształcania lekarzy starszych, a w miastach uniwersyteckich także dla uczenia studentów medycyny. Przy każdym wojewódzkim szpitalu znajdować się będzie szkoła dla zawodowych pielęgniarek oraz położnych. Zależnie od potrzeb miasta wojewódzkiego będą tworzone inne szpitale miejskie powszechne lub ze szczególnym przeznaczeniem, jako dziecięce, zakaźne, jeszcze inne specjalne szpitale np. dla umysłowochorych, gruźlicy, jaglicy. Będą one albo podlegały, podobnie jak inne, wojewódzkiemu urzędowi zdrowia, albo bezpośrednio Departamentowi Szpitalnictwa w Ministerstwie.

Niektóre szpitale wojewódzkie i specjalne mają nieco odmienne warunki pracy, co należy uwzględnić w statutach opracowanych odrębnie dla takich szpitali i zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia.

III. Obsada lekarska w szpitalach

Istotną podstawę, aby szpitale spełniły należycie swe zadania stanowi odpowiednie wykształcenie i dobór lekarzy, zwłaszcza na kierownicze stanowiska. W Polsce panowały pod tym względem lepsze lub gorsze tradycje, bo nie było dotąd obowiązujących prawideł, jakimi należy się kierować w wyborze lekarzy szpitalnych. O wielkiej wadze tego zagadnienia decyduje jeszcze zwyczaj, że stanowiska te są właściwie stałe, niemal dożywotne.

Dla kształcenia przyszłych ordynatorów nadają się kliniki oraz oddziały szpitalne na odpowiednim poziomie i z większą ilością łóżek, co ułatwia zdobycie odpowiedniego doświadczenia. Oddziały te będą wybrane i wymienione w rozporządzeniu Ministra. W obecnych warunkach będą to szpitale w kilku większych środowiskach. Dla każdej specjalności jest wyznaczony odpowiedni okres czasu, wymagany do wyszkolenia lekarza. Po jego upływie kandydat wi-

nien złożyć egzamin z przedmiotu głównego i dwu pobocznych (klinicznego i teoretycznego) i wtedy otrzymuje stopień szpitalnego internisty, chirurga, ginekologa itp. Również stopień ten powinien określać kwalifikacje lekarza jako specjalisty i tylko on daje uprawnienie do ubiegania się o stanowisko ordynatora i to niezależnie od stopnia uniwersyteckiego.

Egzaminy dla lekarzy szpitalnych składane będą przed komisją, wyznaczoną przez poszczególne specjalistyczne Towarzystwa Naukowe, jak np. chirurgiczne, internistyczne, dermatologiczne, a zatwierdzoną przez Ministra Zdrowia. Wspomniane Towarzystwa istniały przed wojną jako stowarzyszenia, do których mieli właściwie nieograniczony dostęp wszyscy lekarze, pracujący w danej specjalności. Te Towarzystwa winny się przekształcić w Kolegia, do których będą obecnie jednorazowo dopuszczeni członkowie o niewątpliwych kwalifikacjach zawodowych i etycznych. Do zmiany statutów tych Towarzystw i zorganizowania ich do nowych zadań powołane będą Komisje z poszczególnych Towarzystw, które też ustalą pierwszą listę członków. W przyszłości członkami Kolegiów mogliby być tylko lekarze, którzy uzyskali stopień szpitalny. Działalność takich Kolegiów, ze względu na ich znaczenie publiczno-prawne, wymagałaby ustawowego uprawnienia.

ŚWIAT LEKARSKI W CZASIE OKUPACJI I NA PRZEŁOMIE

Prof. dr JÓZEF KOSTRZEWSKI Kraków

Państwowy szpital św. Łazarza w Krakowie i Kliniki U. J. w czasie okupacji i na przełomie

Zaraz w pierwszych dniach po wybuchu wojny zaszła konieczność złączenia w jedną całość gospodarczą i Państwowego Szpitala św. Łazarza i Klinik U. J. Zobaczymy, że ten nowo wprowadzony stan rzeczy przetrwał czas okupacji. Z godziny na godzinę w związku z rozwojem wydarzeń wojennych, zachodziły zmiany w dotychczasowym biegu życia klinik i szpitala. Przede wszystkim na skutek powołania do wojska i wezwania, by obowiązani do służby wojskowej opuszczali Kraków, ubyło bardzo dużo pracowników wszelkiego rodzaju, a tym samym i lekarzy. Najdotkliwszy brak był chirurgów, bo zarówno dyrektor kliniki chirurgicznej U. J. prof dr Glatzel, jak i ordynator oddziału chirurgicznego szpitala doc. dr Nowicki — każdy ze swym zespołem operacyjnym — opuścili Kraków wraz z wojskiem. Spośród leczonych znowu wielu tych, którzy nie byli obłożnie chorymi, zdążali do swych rodzin. Na miejsce ich coraz więcej napływało rannych tak cywilnych jak i wojskowych. W tych najtrudniejszych chwilach dnia 4 IX 1939 przychodzi z pomocą prof. dr Rutkowski. Obejmuje kierownictwo oddziału chirurgicznego i kliniki chirurgicznej i na tym stanowisku pozostaje do pierwszych dni listopada 1939. Najbliższymi współpracownikami prof. Rutkowskiego są: prof. dr Miodoński i doc. dr Michałowski. Jeden i drugi są w danym czasie potrzebniejsi na oddziele chirurgicznym niż na własnych. A dla rannych brakuje miejsca i na oddziele chirurgicznym i klinice chirurgicznej, tak że się ich musi mieścić po różnych oddziałach. Zaraz po wkroczeniu Niemców do Krakowa zjawiają się w szpitalu władze wojskowe i zajmują dla siebie niektóre sale w klinice chorób wewnętrznych i chirurgicznej. Ale tylko na kilka dni. Nad wszystko inne co oglądają i co obierają sobie, podoba im się z przepychem urządzona klinika chorób kobiecych U. J. To też tam się przenoszą, zabierając z kliniki wraz z chorymi z pościeli i bielizny co uważali za właściwe. Wojskowi do Polaków odnoszą się poprawnie. Styczność z nimi niewielka. Napływ rannych wojskowych polskich i cywilnych do szpitala i klinik trwał kilka tygodni. Z końcem września wraca część pracowników szpitalnych i klinicznych. Tym samym opieka nad rannymi staje się lżejszą. Obok rannych w tym czasie dowożą do szpitala dotkniętych czerwonką. Leków i środków opatrunkowych apteka szpitalna posiada poddostatkiem. Szpital zaopatrzony jest w węgiel i podstawowe środki żywności, jak: mąka, kasza, cukier, sól itd. Odczuwa się natomiast brak nabiału. Zupełnie nie ma pieniędzy. A potrzeba ich na zakup mięsa, tłuszczu, nabiału, oraz na wypłaty poborów pracownikom. W wyniku starań i zabiegów prof. dra Godlewskiego, powiodło się w październiku od władz już niemieckich uzyskać znaczniejszą sumę pieniędzy na szpital św. Łazarza wraz z klinikami, dla Zakładu umysłowo chorych w Kobierzynie i dla Zakładu dotkniętych jaglicą w Witkowicach. Troska skąd w przyszłości dostać pieniędzy okazała się niepotrzebna. Dnia 6 XI 1939 uwięziono podstępnie profesorów U. J. między nimi wszystkich dyrektorów klinik i kilku ordynatorów szpitala. Jednego z nich mianowicie piszącego, po trzech dniach zwolniono. Skoro podpisany zgłosił się do szpitala, znalazł w nim zupełnie zmienione stosunki. W międzyczasie objęły szpital w swe ręce, cywilne władze niemieckie. Pierwsze zarządzenia dotyczyły wprowadzenia języka niemieckiego w stosunkach służbowych, dalej z miejsca usunięto ze szpitala wszystkich lekarzy Żydów. Do pomocy Niemcy dobrali sobie Ukraińców. Ci jako znający miejscowe stosunki oddawali Niemcom swe usługi przez cały czas ich bytności w szpitalu Dalszym zarządzeniem było przemianowanie klinik na oddziały szpitalne. Zabroniono wszelkiej działalności naukowej i wszelkich rozmów politycznych. Napisy polskie zastąpiono dwujęzycznymi. Pogróżki wobec pracowników były rzeczą codzienną od początku do końca bytności Niemców w szpitalu. Jesienią roku 1939 zwolnili Niemcy ze służby trzech szpitalnych urzędników za to, że za czasów niepodległości należeli do L. O. P. Od początku do końca Niemcy w szpitalu dokonywali różnych przeróbek: tu drzwi zamuro-

wywano, na miejsce ich wstawiano ściany lub okna, a na innym miejscu wybijano drzwi. Po jakimś czasie dokonywano znowu w tym samym miejscu innych przeróbek. Przenoszono biura to w to, to w tamto miejsce. Zabierano z nich sprzęty i urządzenia bądź to do biur innych bądź to do mieszkań prywatnych przeznaczonych dla Niemców. Nie robiono żadnej różnicy między tym, co należało do klinik, a tym, co należało do szpitala. Dla ułatwienia sobie przechodzenia zburzyli Niemcy mur dzielący szpital od klinik od wschodu i zachodu. Zrazu było w szpitalu Niemców niewielu. W miarę rozbudowy administracji coraz ich więcej napływało. Rozbudowując administrację z czasem stworzono: urząd ogólny, dział gospodarczy, dział techniczny, biuro personalne itd. Ku końcowi administracja rozrosła się do rozmiarów u nas dotychczas niespotykanych. Każdy z działów miał swego kierownika, kierownik swoją sekretarkę i szereg pracowników. Kierownikami byli wyłącznie Niemcy. Niezawodnie rozbudowę administracji przeprowadzali z myślą o sobie, by spokojnie prowadzić życie w szpitalu i uniknąć służby wojskowej. Między sobą ci Niemcy-kierownicy bardzo często się kłócili. W miarę zagospodarowywania się Niemcy coraz bardziej wglądali w życie szpitalne. Zawsze o sobie pamiętali. W kuchni urządzonej z końcem 1940 roku dla lekarzy i urzędników szpitalnych (Kopernika 36) wzięli dla siebie najlepsze pokoje. Obejście przeznaczone dla Polaków było dużo za szczupłe. Niemcy jadali bez porównania lepiej od Polaków, zarówno ilościowo jak jakościowo. W styczniu 1941 r. zwolnili zarządcę szpitala pełniącego w nim obowiązki od szeregu lat. Od czasu utworzenia dzielnicy żydowskiej (marzec 1941) zakazano leczenia Żydów w szpitalu i klinikach. W ogrodzie szpitalnym zaprowadzili wielkie szklarnie, niektóre zaopatrzone w centralne ogrzewanie. W szklarniach hodowano jarzyny i kwiaty z których korzystali przede wszystkim Niemcy. Dyrektorowie szpitala często się zmieniali tak, że w czasie okupacji było ich 7. Każdy z nich zmierzając do usprawnienia i uporządkowania pracy ciągle nowo wydawanymi okólnikami szerzył tylko nieporozumienia, powodował waśnie i tarcia. Jeden z nich choć nie lekarz i choć członek formacji SS w stosunku do Polaków był sprawiedliwym, a nawet życzliwym. O innych tego powiedzieć nie można. Żaden z nich nie dorósł do stanowiska, które miał poruczone. Wszędzie wciskano język niemiecki. Początkowo wydawano — jak o tym wspomniano — zarządzenia dwujęzyczne, potem wyłącznie tylko w języku niemieckim. Zalecano posługiwanie się niemczyzną przy zajęciach potocznych, nawet wtedy kiedy chodziło wyłącznie o Polaków. Wprowadzono przymusowo naukę języka niemieckiego, grożąc wydaleniem z pracy lub wysłaniem na roboty do Niemiec wszystkim tym, którzy po pewnym czasie nie będą mówili po niemiecku. Wielkie moralne spustoszenie wśród niektórych szpitalnych pracowników szerzyli Niemcy rozdziałem wódki. Od wiosny 1944 udręką pracowników szpitalnych był przymus kopania rowów. Zamęczani pracą w szpitalu, zmuszani byli prócz tego do robót około okopów, bez względu na porę roku i pogodę. Pracownicy nędznie odżywieni, licho odziani, starali się za wszelką cenę uchylić od tego przymusu. Niektórzy byli tak pomysłowi w swoich zabiegach, że ani razu na kopaniu rowów nie byli. Z tego byli dumni i tym się chwalili przed innymi. W lipcu 1944 r. padł popłoch na Niemców w Krakowie. Odtąd ubywało ich w szpitalu. Wkrótce spośród nich pozostało w szpitalu zaledwie kilku. W lipcu wywieźli Niemcy ze szpitala wielką ilość bielizny, pościeli, żywności, przyrządów lekarskich i leków. W tym czasie z dyrekcji szpitala wyszło zapytanie, kto z pracowników szpitalnych pragnie opuścić Kraków, by udać się do Niemiec? Wśród Polaków nikt się taki nie znalazł, który by wyraził chęć opuszczenia Krakowa. Wyjechali natomiast wtedy wszyscy Ukraińcy zajęci w szpitalu św. Łazarza. Późnym latem zamianowali Niemcy najstarszego z kierowników oddziału „polskim dyrektorem". Mianowali również „polskiego zarządcę" szpitala. Ale ani jednemu ani drugiemu nie przyznali jakichkolwiek praw, tak że się w szpitalu nic nie zmieniło. Robiło to wrażenie, że jedno i drugie „mianowanie" nastąpiło w związku z przewidzianym przyjazdem chorych po upadku powstania warszawskiego. Wyglądało tak, że za możliwe braki przy przyjęciu około dwu tysięcy wysiedlonych z Warszawy mają być odpowiedzialne „władze polskie". Po upadku powstania warszawskiego przyjechało do szpitala św. Łazarza około 2.000 osób, które rozmieszczono w budynkach do niedawna zajmowanych przez wojska niemieckie względnie przez chorych niemieckich. Więc pomieszczono przybyłych z Warszawy w pawilonie gruźliczym kliniki chorób wewnętrznych, w budynkach oddziału zakaźnego, na oddziele urologicznym, dalej w klasztorze Jezuitów (Kopernika 26), w budynku przy ul. Kopernika nr 7 i w Domu Medyków przy ul. Grzegórzeckiej. Przybyli z Warszawy zaopatrzeni byli w dostatnie urządzenia szpitalne. To też, po zajęciu wyznaczonych sobie miejsc byli samowystarczalni pod względem sił lekarskich, urządzeń lekarskich i leków. Należeli tylko administracyjnie do szpitala św. Łazarza. Jak wiadomo od urządzenia dzielnicy żydowskiej (marzec 1941 r.) nie wolno było w szpitalu św. Łazarza leczyć Żydów. Mimo to niejeden Żyd, który znalazł się wśród chorych warszawskich przebywał razem z innymi w szpitalu św. Łazarza.

W czasie okupacji zmarł 26 III 1942 r. kierownik kancelarii p. Jan Zapiórkowski, 18 III 1943 r. kierowniczka apteki mgr Zofia Radwańska. Zmarli w tym czasie b. w st. sp. 7 III 1940 r. dyrektor szpitala Leon Fuchs, w lutym 1945 r. następca jego, dyrektor szpitala Józef Topolnicki, jako też 12 II 1941 r. ordynator oddziału I B Antoni Krokiewicz, dalej inspicjent techniczny p. Józef Wojtaszek. W czasie okupacji spośród pracowników szpitalnych uwięziono 39 a ścigano 8 osób. Spośród uwięzionych 7 rozstrzelano, jeden zmarł w obozie. Rozstrzelani: stud. med. Kluska Zbigniew, lekarz Garczyński Zenon, robotnicy: Majka Stanisław, Młodnicki Stanisław, Wojciechowski Wojciech, Fudyna, Piszczek Andrzej, zmarł w obozie: Fedeczko Paweł.

Od spraw ogólnych szpitalnych, przechodzę do oddziałowych. W miejsce uwięzionych dyrektorów klinik i ordynatorów oddziałów władze niemieckie

zamianowały kierownikami: oddziału I A dra Sokołowskiego, I B dra Szczeklika, kliniki chorób wewnętrznych dra Kubiczka, kliniki chirurgicznej i oddziału chirurgicznego prof dra Glatzla (właśnie w tych dniach wrócił do Krakowa), oddziału III dra Schwarza, kliniki okulistycznej doc. Wilczka, oddziału chorób skórno-wenerycznych dra Oszasta, oddziału umysłowo i nerwowych chorych dra Ciesińską, kliniki chorób dzieci Dra Pochopienia, kliniki chorób nerwowo-umysłowych dra Paszkowskiego, kliniki i oddziału chorób usznych dra Hasmana. Z kierowników więc przedwojennych pozostali na swych stanowiskach: prof. dr Kostrzewski oddział zakaźny, ordynator dr Karelus oddział oczny, doc. dr Michałowski oddział urologiczny, ordynator dr Gołąb oddział dziecięcy i ordynator dr Korabczyńska pracownia rentgenowska Z początku władze niemieckie nie mieszały się zupełnie w sprawy leczenia chorych. Pośrednio jednak każdy z kierowników oddziału napotykał na trudności w związku ze skąpym odżywianiem chorych i pracowników, ograniczaniem leków, szczupleniem bielizny i pościeli, a także na skutek wtrącania się w administracyjne czynności oddziałowe różnych funkcjonariuszy niemieckich. Prawdziwy jednak przewrót w dotychczasowym sposobie zajęć na każdym z oddziałów nastał z chwilą objęcia kierownictwa przez lekarzy Niemców. Jedne z oddziałów wcześniej, inne później, dostawały kierowników Niemców. O tym się w dalszym ciągu przekonamy.

Jesienią 1942 r. zawezwano kierowników lekarzy Polaków do sali konferencyjnej kliniki neurologicznej. Minęła godzina, albo i więcej, od wyznaczonej pory zebrania, kiedy do sali weszło kilku umundurowanych esesowców. Po przemowie jednego z nich, w której między innymi powiedziano, że żadnemu z Polaków nie wolno opuszczać pracy, ani się w niej zaniedbywać, bo inaczej grozi wywiezienie do Oświęcimia, esesowcy zaczęli swoje urzędowanie. Jeden z nich dr Kuckuk objął kierownictwo oddziałów I A, B, C i kliniki chorób wewnętrznych. Ta ostatnia za czasów niemieckich nosiła nazwę oddziału I D. Esesowiec urządził się w kancelarii dyrektora kliniki chorób wewnętrznych. Część okazałych sprzętów już dawno z tej kancelarii wyniesiono. Teraz usunięto jeszcze inne, a przede wszystkim portrety. Ta ozdobna kancelaria straciła zupełnie dotychczasowy swój charakter. Dr Kuckuk zniósł dotychczasowy pawilon gruźliczy. Chorych gruźliczych przeniesiono do jednego z baraków przy ul. Kopernika 48. W opróżnionym pawilonie dokonano szeregu przeróbek, niszcząc przytym urządzenia służące do odkażania bielizny i naczyń przeznaczonych dla chorych na gruźlicę. W tym budynku mieścili się odtąd chorzy Niemcy. Poza tym, na zlecenie dra Kuckuka opróżniono skrzydło oddziału zakaźnego mieszczącego chorych płonicznych. Chorych płonicznych przeniesiono do Miejskich Zakładów na Prądniku i odtąd wszelkich chorych płonicznych tam skierowywano. (Chorych płonicznych oddział zakaźny zaczął przyjmować dopiero z początkiem roku 1945). W opróżnionym skrzydle popłonicznym nie dokonano żadnych przeróbek, wbrew temu jak zazwyczaj bywało, tylko w stanie dotychczasowym to skrzydło przeznaczono dla chorych Niemców zakaźnych. Dr Kuckuk po kilkukrotnych obchodach sal przeznaczonych dla Polaków, więcej ich nie odwiedzał, oddając wolną rękę lekarzom Polakom w swoich poczynaniach. Należy oddać sprawiedliwość, że całym swym zachowaniem i obejściem nigdy nikomu z Polaków ani spośród pracowników szpitalnych, ani spośród chorych nie wyrządził jakiejkolwiek krzywdy, ani nikomu nie ubliżył. Dobrze ułożony, zawsze dbał o zachowanie form towarzyskich. Nie podnosił nigdy, jak to robili inni Niemcy, swojej wyższości narodowej. Po kilku miesiącach usunięto go z kierownictwa. Prawdopodobnie dlatego, że nie szedł na rękę ówczesnemu dyrektorowi drwi Herbekowi, który się zawsze wrogo odnosił do wszystkiego co polskie.

Następcą dra Kuckuka został dr Heilmeyer, profesor uniwersytetu w Heidelbergu pełniący naówczas służbę w Krakowie w pułku lotniczym. W odróżnieniu od swego poprzednika zaprowadził wielkie zmiany, które dotknęły przede wszystkim oddział zakaźny. Mianowicie prof. Heilmeyer oddział zakaźny ograniczył jedynie do dwu baraków, a obydwa budynki murowane przeznaczył dla Niemców. W związku z tym zarządzeniem wynikły wielkie trudności dla oddziału I A. A to dlatego, ponieważ chorych z otwartą gruźlicą płuc mieszczących się dotychczas w jednym z dwu baraków oddziału zakaźnego przeniesiono na oddział I A. Tak więc od czerwca 1943 do sierpnia 1944 chorzy na otwartą gruźlicę płuc zajmowali połowę oddziału I A. Wynikły z tego powodu duże trudności w pracy oddziałowej. Nowo wprowadzony stan rzeczy godził przecież w podstawę pojęcia o szpitalnictwie (dr Sokołowski). Tuż przed wybuchem wojny nadbudowano, wykończono i odpowiednio przystosowano do swego przeznaczenia główny budynek oddziału zakaźnego. Otóż ten główny budynek urządzony wielkim nakładem kosztów, starań oraz pracy, Niemcy przerobili według swego uznania, obracając go dla dotkniętych chorobami wewnętrznymi. Zniszczyli tym samym rozmieszczenie pokoi i urządzenia dostosowane do przyjmowania i odosobnienia dotkniętych chorobami zakaźnymi. Zniszczyli przy tym świeżo urządzoną salę operacyjną skrzydła płonicznego. Zniszczyli sieć telefoniczną wewnątrzoddziałową przeznaczoną dla użytku chorych. Ze względu bowiem na to, że chorych zakaźnych odwiedzać nie wolno, założono tuż przed wojną telefony w budynkach oddziału zakaźnego w ten sposób, że każdy z chorych nie opuszczając łóżka miał możność porozumienia się ze swą rodziną i to nie tylko zamieszkałą w Krakowie, ale także poza nim. Przewody miedziane usunięto. Ileż to pieniędzy i pracy będzie wymagało, nim się główny budynek przyprowadzi do pierwotnego stanu! Pracownice oddziału zakaźnego zmuszono do opuszczenia dotychczasowych ich schludnych i miłych mieszkań (należały do nich osobne łazienki), a pomieszczono w barakach przy ul. Kopernika 48. Cierpiała na tym obsługa chorych, ponieważ pracownice traciły czas na przechodzenie z miejsca pracy do mieszkania i z powrotem. Prof. Heilmeyer podobnie jak jego poprzednik, był tylko kilka razy u chorych Polaków, a potem już ich nie odwiedzał. Bardzo żywo natomiast zajmował się

praktyką prywatną. Z profesorem Heilmeyerem przybyło trzech nowych lekarzy niemieckich, kilku praktykantów medyków Niemców, i szereg niemieckich pielęgniarek i laborantek. W głównym budynku kliniki chorób wewnętrznych urządzono przychodnię dla Niemców, a przychodnię dla Polaków przeniesiono do Oddziału I B. W głównym budynku kliniki chorób wewnętrznych urządzono przychodnię dentystyczną, którą zrazu prowadził lekarz Polak. Korzystali z niej także Niemcy. Z nastaniem dentysty niemieckiego przychodnię dentystyczną dla Polaków przeniesiono do domu przy ul. Kopernika 32. Prof. Heilmeyer zaprowadził posiedzenia naukowe, które się odbywały w sali wykładowej kliniki chorób wewnętrznych raz na tydzień. W posiedzeniach przymusowo brali udział lekarze Polacy i Niemcy wszystkich oddziałów chorób wewnętrznych, oraz oddziału dziecięcego i kliniki dziecięcej. Na posiedzeniach przedstawiano przypadki rzadszych schorzeń, oraz omawiano różne zagadnienia z zakresu głównie medycyny wewnętrznej. Lekarze Polacy jakkolwiek miewali trudności językowe, to jednak pokazali swój wysoki poziom umysłowy i wielki zakres wiadomości zawodowych. Oni to przede wszystkim byli wykładowcami. Niemcy byli zaskoczeni tym, czego byli świadkami na zebraniach. Nie byli też w stanie ukryć swego uznania dla Polaków. Nie ulega żadnej wątpliwości, że posiedzenia te zaprowadzono wyłącznie dla kształcenia lekarzy Niemców. Przychodziło na nie coraz więcej lekarzy niemieckich niezatrudnionych w szpitalu, oraz szereg wojskowych lekarzy niemieckich. Zdarzały się wypadki, że kazano dostarczyć dokładnych streszczeń przemówień Polaków, by je mogli ogłaszać Niemcy jako swoje. Zupełnie otwarcie oświadczono, że Polakom nie wolno ogłaszać wyniku spostrzeżeń. Sami Niemcy wiedzieli i przyznawali jawnie, że jest to barbarzyńskie rozporządzenie nie mogące znaleźć innego wytłumaczenia jak tylko chęć wymazania imienia polskiego i kultury polskiej. Tłumaczyli się jednak, że są bezsilni wobec swych przełożonych (dr Kubiczek). Skoro z końcem lipca 1944 r. ogarnął Niemców w Krakowie popłoch, zaprzestano posiedzeń naukowych. Pospiesznie zwinięto „prywatny oddział" mieszczący się w pawilonie kliniki chorób wewnętrznych, dalej oddział niemiecki mieszczący się w budynkach oddziału zakaźnego. Chorych Niemców przeniesiono do kliniki ginekologicznej, w której odtąd miały się mieścić wszystkie oddziały szpitalne niemieckie. Przeprowadzając się do kliniki ginekologicznej Niemcy zabrali ze sobą mikroskopy, łóżka, bieliznę, naczynia kuchenne tak, że pozostawili tylko puste budynki. Aczkolwiek stały puste, to jednak oddziałowi zakaźnemu nie wolno było tych dwóch przez Niemców opuszczonych budynków użytkować. Dopiero w związku z zapowiedzianym w jesieni 1944 r. napływem chorych po upadku powstania warszawskiego, mógł oddział zakaźny wejść znowu w posiadanie swej całości. Oba budynki zastano nie tylko przerobione w ten sposób, że nie odpowiadają potrzebom oddziału zakaźnego, ale co więcej poniszczone. Więc zastano: ściany powalane i zeszpecone przewodami elektrycznymi, linoleum potargane i poplamione, potłuczone umywalki itd.

Pracownia bakteriologiczna Oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza w Krakowie była czynna tak jak przed wojną aż do kwietnia 1943 r. Poza podawaniem wyników w języku niemieckim tylko na oddziały niemieckie, urzędowano dalej po polsku, księgi rozbiorów prowadzono w języku polskim. W kwietniu 1943 r. zamianował ówczesny dyrektor szpitala Herbek kierownikiem pracowni higienistę i bakteriologa dra Webera porucznika esesowca. Dr Weber był równocześnie kierownikiem Instytutu Higienicznego dla SS w Rajsku pod Oświęcimem; zamiarem jego było stworzyć w tutejszej pracowni ośrodek dla badań higieniczno-bakteriologicznych na okręg krakowski. W tym celu za zgodą dyrekcji szpitala postanowił zająć jeszcze kancelarię lekarską oddziału zakaźnego, podręczną pracownię kliniczną i szwalnię, przy czym całość pomieszczenia miała być zupełnie oddzielona i odcięta od oddziału. Chwilowo, aż do czasu przeprowadzenia odpowiedniej przebudowy i sprowadzenia potrzebnych przyrządów pozostawił dr Weber zupełną swobodę w prowadzeniu pracowni i wykonywaniu rozbiorów, sam dojeżdżał tylko co kilka dni do Krakowa. Praca szła więc nadal dotychczasowym torem przy pomocy dawniej zatrudnionych pracowników. Usunięto jedynie z mieszkania służbowego przy pracowni służbę laboratoryjną, ponieważ mieszkanie to zajął dla siebie dr Weber.

Wkrótce po objęciu pracowni przez dra Webera został kierownikiem wszystkich oddziałów chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza prof. Heilmeyer. Dyrekcja szpitala zarządziła wówczas usunięcie polskich chorych z budynku, w którym mieści się pracownia: budynek ten zajęto na niemiecką klinikę chorób wewnętrznych z tym, że pracownia ma być również przeniesiona, a całe skrzydło budynku na I piętrze ma być zużytkowane na mieszkanie dla lekarzy i pielęgniarek niemieckich.

Na przeniesienie pracowni nie zgodził się dr Weber, odrzuciwszy wszystkie ofiarowane mu do wyboru pomieszczenia (suteryny w klinice lekarskiej, zakład anatomii opisowej, oddział laryngologiczny i inne), jako nie nadające się dla pracowni, uważał że zupełnie bezcelowym i niepotrzebnym byłoby dla pomieszczenia kilku pielęgniarek celowe niszczenie przystosowanych do pracy laboratoryjnej urządzeń.

Dzięki temu pracownia nie uległa zniszczeniu i pozostała na dawnym miejscu. Upadła również sprawa rozszerzenia pracowni i przeróbek obiecanych poprzednio drowi Weberowi.

Zrażony tym dr Weber przestał się zupełnie zajmować pracownią i poza sprowadzeniem pewnej ilości szkła laboratoryjnego oraz potrzebnych odczynników nie wtrącał się zupełnie do pracy, pozostając jedynie z imienia kierownikiem do września 1943 r.

Po ustąpieniu dra Webera część pomieszczeń pracowni zabrano na mieszkania dla niemieckich pielęgniarek, ale pracowni nie usunięto tak, że w ścieśnionych warunkach można było nadal pracować.

W listopadzie 1943 r. prof. Heilmeyer przydzielił do pracowni dr Rhoeden, powierzając jej kierownictwo i nadzór nad pracownią. Z konieczności wówczas językiem urzędowym stał się język nie-

miecki, księgi rozbiorów musiały być również w tym języku prowadzone.

W myśl wydanych w tym czasie przez niemiecki Urząd Zdrowia zaostrzonych przepisów odnośnie do pracowni bakteriologicznych, wprowadzono szereg zakazów i ograniczeń i do tutejszej pracowni zabroniono wstępu obcym osobom, poza niemieckimi lekarzami. Przesłano do władz niemieckich imienny spis wszystkich zatrudnionych osób z dokładnym wyszczególnieniem wykonywanej pracy. Powierzono szczególnej opiece i nadzorowi dr Rhoeden chorobotwórcze szczepy muzealne, których było około 200, wyhodowanych z materiału od chorych leczonych na oddziele zakaźnym. Szczepy te zostały dokładnie spisane, część zniszczono od razu, resztę zaś zabrano i zniszczono w sierpniu 1944 r.

W pierwszej połowie sierpnia 1944 r. w okresie tłumnego wyjazdu Niemców z Krakowa, otrzymała również nakaz opuszczenia Krakowa dr Rhoeden i wyjechała do Wrocławia.

Poza zniszczeniem szczepów muzealnych pracownia nie poniosła żadnych większych strat. Urządzeń nie zniszczono, nie doszło do przebudowy pomieszczeń pracowni; przyrządów i mikroskopów nie zabrano.

Oddział chirurgiczny II i klinika chirurgiczna U. J. została nazwana przez Niemców oddziałem II B. Zanim jeszcze Niemcy objęli szpital, najstarszy z pozostałych asystentów lekarz Żurek był odpowiedzialny za nią przed profesorem Rutkowskim. Należy podnieść z uznaniem, że lek. Żurek stanowczą swą postawą uchronił klinikę od zajęcia jej na rzecz wojska niemieckiego. Niemcy ograniczyli się tylko do jednej sali mieszcząc w niej swoich rannych, poza tym klinikę pozostawili w dotachczasowym stanie. Praca lekarzy zwłaszcza w pierwszych dniach września na klinice chirurgicznej i oddziele chirurgicznym była niesłychanie uciążliwa z powodu wielkiego i ciągłego napływu rannych, a obecności zaledwie kilku pracowników i do tego młodych, niedoświadczonych. Dlatego właśnie prof. Miodoński i doc. Michałowski uważali za swój obowiązek służyć pomocą profesorowi Rutkowskiemu. W dniu 6 listopada 1939 r. ustąpił prof. Rutkowski, a w kilka dni później powrócił do kliniki prof. Glatzel ze swym zespołem operacyjnym. W pierwszych dniach listopada 1939 r. wrócił do Krakowa również doc. Nowicki ze swym zespołem operacyjnym. Jemu jednak Niemcy na objęcie oddziału, którego był ordynatorem, nie pozwolili. Prof. Glatzel kierował również oddziałem chirurgicznym do lutego 1940 r., w którym to czasie kierownictwo oddziału chirurgicznego Niemcy oddali Ukraińcowi drowi Filipczakowi. Dr Filipczak pracował przed wojną na oddziele jako najmłodszy asystent i nie był ani uprawniony, ani przygotowany zawodowo do kierowania tak wielkim oddziałem. Początkowo ulegał on sugestiom polskich starszych asystentów, później jednak nabrał tupetu i jego działalność chirurgiczna dawała bardzo niekorzystne wyniki dla polskich chorych.

Prócz tego wprowadził on na oddział wielu lekarzy ukraińskich zupełnie nieprzygotowanych chirurgicznie i pozwalał im wyżywać się operacyjnie na polskich chorych. Równocześnie z wyżywaniem się ukraińskich lekarzy, nie dopuszczał do operacji, a później złośliwie usuwał lekarzy polskich.

Cały ten zespół lekarzy ukraińskich pod przewodnictwem dra Filipczaka zaznaczał swą przewagę polityczną nad Polakami i należał do współrządców Szpitala, wykazując wszędzie inicjatywę i gorliwość dla Niemców (dr Kania).

Ponieważ klinika chirurgiczna mieściła także rannych polskich żołnierzy, pewien rodzaj nadzoru nad nią roztaczał wojskowy lekarz niemiecki dr Riese. Odwiedzał on tylko polskich żołnierzy, a nie innych chorych. Zachowanie się dra Riesego było bez zarzutu. Skwapliwie korzystał z każdej sposobności, by mógł się przyglądać zabiegom, które wykonywał prof. Glatzel. Nie taił swojego podziwu dla operatora. Zasadnicza zmiana w stosunkach kliniki chirurgicznej nastała we wrześniu 1941 r. Wówczas Niemcy mieli zamiar utworzyć uniwersytet niemiecki w Krakowie. W związku z tym klinikę objął Schoercher, doc. uniwersytetu monachijskiego. Wtedy prof. Glatzel czuł się zmuszonym opuścić klinikę. Wkrótce w jego ślady poszło także kilku starszych asystentów. Najstarszym znowu pozostał lek. Żurek. Od września 1941 r. klinika i oddział chirurgiczny stanowiły ponownie jedną całość pod kierownictwem Schoedera. Ci kierownicy Niemcy zmieniali się co kilka miesięcy. Jedni z nich lepiej, inni gorzej ustosunkowywali się do Polaków. Ale chociaż ich było pięciu, z tego dwu z tytułami uniwersyteckimi, to żaden między nimi nie znalazł się taki, któryby dorósł do stanowiska zajmowanego. Oto jak ich przedstawia dr Kania: doc. dr Fritz Schoercher wobec polskiego personelu surowy, teroryzował groźbą oddania nielojalnych pracowników do dyspozycji „Gestapo". W stosunku do chorych starał się być obiektywny. Jako chirurg wykazał brak doświadczenia zarówno w operowaniu ciężkich przypadków, jak przede wszystkim we wskazaniach i to szczególnie w przypadkach nagłych. W żadnym zaś wypadku doświadczeniem nie dorównywał starszym polskim lekarzom, dając tym niechlubny obraz przodujących chirurgów niemieckich. Kierował oddziałem do 15 XII 1941 r.

Od 15 XII 1941 do końca czerwca 1942 r. kierował oddziałem asystent dra Schoerchera — Herbert Braun. Cała jego działalność była bezprzykładnym operacyjnym szkoleniem się na polskich chorych, operowanych bez właściwych wskazań. Wobec zupełnego braku doświadczenia w operowaniu, jak i we wskazaniach operacyjnych, działalność ta nosiła charakter eksperymentu. Po kilku makabrycznych próbach operowania ciężkich przypadków nagłych, prawie wyłącznie operował wypadki przewlekłe, siejąc wśród chorych prawdziwe spustoszenie.

Od 1 VII 1942 do 31 XII 1942 r. prowadził oddział dr Reiss, naówczas kierownik oddziału urologicznego. Na oddziele nie operował, a postępowanie jego miało charakter groteski.

Od 1 I 1943 do 6 VI 1943 r. kierował oddziałem dr Merckel, chirurg szpitala SS w Krakowie przy ul. Lea. Na oddziele nie operował, interesował się tylko pojedynczymi przypadkami.

Od 6 VI 1943 r. do końca lipca 1944 r. kierował oddziałem prof. Fuss. Poza tragicznymi wypadkami w operacjach żołądka, niczym się na oddziele nie

zaznaczył. Utworzył odrębne Ambulatorium i odrębne sale chorych dla Niemców.

Po jego wyjeździe kierownictwo oddziału objął najstarszy, pozostały na oddziele sprzed wojny asystent dr Władysław Kubisty. A oto co mówi dr Kubisty o lekarzach kierownikach Niemcach: „Nawet najmniej obiektywny lekarz obserwując ich działalność lekarską, ich wskazania do zabiegu, nie mógłby im nie zarzucić braku odpowiednich wiadomości i nie dostrzec, że większość ich uczy się na naszych chorych. Bo cóż można powiedzieć innego o chirurgu, który jako kierownik oddziału, napotykając na trudności przy wycięciu żołądka przy zagłębianiu kikuta dwunastnicy nie trudzi się jego zaopatrzeniem, lecz wkłada do światła dwunastnicy dren? Lub przy przetaczaniu krwi przetacza ją z chorego dawcy (sic!), przy operacji raka sutka nieprzechodzącego na ścianę klatki piersiowej otwiera w kilku miejscach opłucną? Albo też przy raku wargi dolnej podczas zamierzonego usunięcia gruczołów limfatycznych usuwa jedynie gruczoł podszczękowy i to jednostronnie? Przykładów takich mógłbym podać więcej. Potajemnie przeze mnie wykonana pobieżna statystyka śmiertelności wykazała np. przy resekcji żołądka śmiertelność dochodzącą do 70%".

Patrząc na tego stopnia nieuctwo i nieudolność niemieckich chirurgów będących kierownikami kliniki chirurgicznej i oddziału chirurgicznego, lekarze jednego i drugiego zakładu uważali za swój obowiązek przestrzegać, by dotknięci cierpieniem przewłocznym nie poddawali się operacji niemieckich lekarzy. Co więcej, ci sami lekarze uświadamiali szeroko lekarzy ubezpieczalnianych i wolno praktykujących, by chorych przestrzegali przed zgłaszaniem się do kliniki chirurgicznej i oddziału chirurgicznego. Starania te odnosiły najczęściej pożądany skutek. Do nagłych przypadków Niemcy nie kwapili się. Pozostawiali je lekarzom Polakom. Mimo woli wyświadczali wielkie dobrodziejstwo w ten sposób wszystkim tym, u których zabiegu nie można było odkładać.

Na klinice chirurgicznej obyło się bez większych przeróbek. Inaczej na oddz. chirurgicznym. Tutaj separatki przeznaczono bądź na mieszkania dla Niemców pracujących w szpitalu, bądź dla chorych Niemców. Dla Polaków separatek nie było. Od roku 1943 dotychczasowa przychodnia zastrzeżona była tylko dla Niemców. Dla Polaków urządzono przychodnię w suterenach. Oddział chirurgiczny musieli opuścić na żądanie władz niemieckich dr Grabczyński w r. 1940, a dr Kania i dr Laszczak w r. 1942.

Na zakończenie omawiania spraw dotyczących oddziału chirurgicznego, podam jak wyglądał jesienią 1944 r. przydział leków i opatrunków dla tego oddziału: „na 350 chorych wypadało dziennie 20 cm 20%-glukozy, 2,5 cm coraminy względnie innych środków nasercowych, 8—10 tabletek preparatów sulfamidowych. Interwencja poparta przesłaniem tej statystyki nie dała żadnych wyników. Ograniczenia te zresztą dotyczyły nie tylko leków dla oddziału polskiego, ale także mydła, rękawiczek oraz materiału opatrunkowego. Tak np. dla oddziału polskiego założonego 350 chorymi, gdzie wykonywano 250 do 370 zabiegów miesięcznie, przydzielano 7 par rękawiczek gumowych" (dr Kubisty).

Chorzy i pracownicy kliniki chirurgicznej musieli dużo wycierpieć na skutek tego, że w nim mieszkały pielęgniarki Niemki. Prowadzenie się ich wywoływało ogólne zgorszenie. Pijaństwo i wyuzdane zabawy po nocach powtarzały się bardzo często. Uczestniczyli w nich także Niemcy pozostający w stanie chorych kliniki chirurgicznej. Pracowników kliniki chirurgicznej raził swym zachowaniem i postępowaniem Ukrainiec Jakimowicz. Ostatni z kierowników Niemców, ażeby uzasadnić konieczność swoją jako kierownika oddziałów chirurgicznych, starał się o to, by jak najwięcej chorych było w zakładach jemu powierzonych. Otóż doszło do tego, że na klinice chirurgicznej leżało dużo chorych nie wymagających zabiegu. Tak postępował prof. Fuss mimo, że wiedział o braku miejsca dla chorych Polaków. Lekarze Polacy dokładali wszelkich starań, ażeby utrzymać się przy klinice chirurgicznej. Groziło jej bowiem zwinięcie. Lekarze Polacy uważali za swój obowiązek pilnować dobra Zakładu. A więc w miarę jak Niemcy zajmowali sale w których się mieścili dotąd chorzy Polacy, lekarze Polacy chorych polskich kładli w ubikacjach przeznaczonych na pracownie względnie także mieścili ich w suterenach, ale kliniki nie opuścili! (lek. Żurek). Po ustąpieniu prof. Fussa kierował kliniką chirurgiczną lek. Żurek.

Oddział III położniczo-ginekologiczny. W pierwszych dniach września 1939 r. oddział położniczo-ginekologiczny zamieniono na chirurgiczny. Ale po zajęciu Krakowa i ustaniu w jego obrębie działań wojennych, duży napływ rodzących spowodował konieczność uruchomienia przede wszystkim oddziału położniczego. Kierownictwo tego oddziału — ponieważ w Krakowie nie było ordynatora doc. Szymanowicza — objęła ochotniczo będąca w st. spocz. dyr. Państwowej Szkoły Położnych prof. Rutkowska. Z końcem września powrócił na swe stanowisko ordynatora dr Schwarz. Objął on kierownictwo oddziału po prof. Rutkowskiej, która ustąpiła ze szpitala w pierwszych dniach listopada. W jakiś czas później powrócił do Krakowa doc. Szymanowicz, ale Niemcy go nie przyjęli i tym samym nie pozwolili na pełnienie dawnych jego obowiązków. Niemcy nazwali oddział trzeci, oddziałem III A, w odróżnieniu od kliniki położniczo-ginekologicznej, którą nazwali oddziałem III B. Zrazu z leczenia korzystały prawie wyłącznie Polki. Niemki zgłaszały się rzadko i musiały, na zarządzenie władz niemieckich, wyrażać pisemną zgodę na leczenie u lekarzy Polaków. W sierpniu 1941 r. kierownictwo zarówno oddziału III jak i kliniki położniczo-ginekologicznej objął Niemiec prof. Schaefer z Kilonii, który miał być profesorem wykładowcą zamierzonego w Krakowie uniwersytetu niemieckiego. Zgodnie z tym, że jak w każdej innej dziedzinie życia, tak samo w zakresie leczenia wszystko co najlepsze zajmowali dla siebie Niemcy, zajęli więc klinikę położniczo-ginekologiczną wyłącznie dla Niemców. Stworzono wówczas w gmachu kliniki odrębny oddział niemiecki z własną salą porodową, z obsługą lekarską i pielęgniarską niemiecką. Oddzielono także odrębną przychodnię dla Niemek. Nawet na kilku ustępach przybito osławione napisy „tylko dla Niemców". Z czasem napływ Niemek do Krakowa był tak duży, że obsługa niemiecka nie

była wstanie podołać zadaniu i z konieczności używano Polaków zarówno do operowania jak i asystowania przy zabiegach i porodach. Czyniono to jednak w ten sposób, aby chora nie wiedziała, że się staje ofiarą „polskiego nieuka". Za takich bowiem uważał kierownik niemiecki polskich lekarzy. Sam dobry rentgenolog i teoretyk, był jednak złym operatorem i położnikiem. Przy zabiegach pławił się w wielkich ilościach krwi operowanych. Upojony uzyskaniem tak pięknego Zakładu jak klinika położniczo-ginekologiczna zadręczał lekarzy Polaków rozdawaniem najrozmaitszych czynności. O nastawieniu do Polaków świadczą wypadki pobicia i zamykania w piwnicach pielęgniarek i służby technicznej. Swojemu nastawieniu do Polaków dał on wyraz w niesłychanym artykule, jaki się ukazał w „Zentralblatt für Ginekologie"[1]). W paszkwilu owym, napisanym niewątpliwie w dużej mierze pod wpływem jego żony, niezwykle gorliwej i zajadłej członkini stronnictwa narodowosocjalistycznego, przedstawił w najgorszym świetle klinikę i szpital, ale nie wspomniał nic o pracownikach Niemcach. A należy podkreślić, że poziom pracowników niemieckich (mowa zarówno o lekarzach jak o pielęgniarkach) był niski, a czasami nawet bardzo niski.

Stosunek Niemca kierownika do chorych Polek był bardzo poprawny. Dla chorych był uprzedzająco grzeczny, zajmował się każdą i starał się je pozyskać. To łagodne nastawienie Niemca do chorych wyzyskiwali lekarze Polacy do przetrzymywania tygodniami i miesiącami więźniarek z Montelupich (dr Schwarz). W marcu 1943 r. w drodze karnej usunięto dotychczasowego niemieckiego kierownika, a miejsce jego zajął inny dr Wiessmann z Giessen. Zaszły wtedy wielkie zmiany. Z kliniki położniczej wszystkie chore Polki przeniesiono na oddział III, który powiększono o 60 łóżek przyłączając do oddziału kilka pokoi chorych i salę wykładową kliniki dermatologicznej. Obecny kierownik w odróżnieniu od swego poprzednika oddziałem polskim się nie zajmował. Od czasu do czasu operował cięższe wybrane przypadki, popisując się piękną, ale zbyt często niebezpieczną dla operowanych techniką.

Klinika położniczo-ginekologiczna U. J. nazwana przez Niemców oddziałem III B. Dnia 10 IX 1939 r. zajęło ją wojsko niemieckie, usuwając z niej wszystkich pracowników, a chore przenosząc do szpitala św. Łazarza. Z dniem 1 XI 1939 r. wojsko niemieckie klinikę opuściło. Po uwięzieniu jej dyrektora, kierownictwo objął dr Janicki. W tym czasie przybyło na klinikę 200 rannych wojskowych polskich z Zamościa. W drugiej połowie listopada obejmuje kierownictwo kliniki dr Gerhardt asystent szkoły położnych we Lwowie. Uważa się za Niemca i odpowiednio do tego postępuje. Pod koniec 1940 r. obejmuje kierownictwo Ukrainiec dr Podoliński. W sierpniu zaś 1941 r. kierownikiem zostaje Niemiec. Od tej chwili aż do stycznia 1943 r. klinika i oddział III dzielą wspólnie swe losy. Od stycznia 1943 r. klinika położnicza przeznaczona była wyłącznie dla Niemców. Obok oddziału położniczego mieścił się tam także oddział dziecięcy. W sierpniu zaś 1944 r. przeniesiono wszystkich Niemców z innych klinik i oddziałów szpitalnych do kliniki położniczej, której połowę przeznaczono na koszary oddziałów SA.

Klinika okulistyczna. Po uwięzieniu prof. Majewskiego kierował kliniką do dnia 12 sierpnia 1940 r. doc. dr Wilczek. W tym okresie praca w klinice stawała się coraz cięższą, coraz to nowe zarządzenia niemieckiej dyrekcji utrudniały zajęcia. Część dotychczasowych pracowników przeniesiono do innych zakładów, a dano na ich miejsce nowych. Pod pozorem oględzin kliniki przeprowadzano rewizje, zabroniono leczenia Żydów, wyłapywano żołnierzy polskich leczonych w klinice. Mimo to jednak w tym okresie można było jeszcze zachować pewną niezależność w zajęciach koło chorych. Przewrót w dotychczasowym stanie rzeczy nastał z dniem 12 sierpnia 1940 r. tzn. z chwilą objęcia kierownictwa kliniki przez dotychczasowego profesora uniwersytetu warszawskiego Dra H. Laubera. „Wróg polskości, wszechniemiec, hitlerowiec, przedstawiał tym większe niebezpieczeństwo, że wychowany w Polsce mówił po polsku, a dawne stanowisko profesora stołecznego uniwersytetu polskiego ułatwiało mu styczność z Polakami" (doc. dr Wilczek). Na razie prof. Lauber używa w klinice języka polskiego, odnosi się odpowiednio do pracowników, a dla lekarzy klinicznych prowadzi wykłady z okulistyki. Po kilku miesiącach zmienia całkowicie bieg zajęć pracy lekarskiej w klinice, wprowadzając system niemiecki. W pierwszej połowie 1941 r. prof. Lauber staje się wybuchowy, opryskliwy, zarówno w stosunku do współpracowników jak i chorych. Zaczyna używać wyłącznie języka niemieckiego, przerywa bez podania przyczyny wykłady dla lekarzy. Zaprowadza liczne zmiany wśród urzędników i pielęgniarek. Zarząd kliniki powierza sprowadzonej z Niemiec pielęgniarce. Z dniem 1 stycznia 1942 r. nakazuje używanie wyłącznie języka niemieckiego. Odtąd wszelkie księgi kliniczne, opisy chorób prowadzi się w języku niemieckim. W 1942 roku prof. Lauber tworzy oddział niemiecki w klinice i zajmuje stopniowo na ten cel wszystkie separatki i mniejsze sale. Dla Polaków pozostawia trzy duże sale. Mimo, że nie bywało nigdy ponad 12 chorych Niemców, prof. Lauber zajmuje dla swych prywatnych chorych służbowe mieszkania lekarskie i pielęgniarskie, umieszczając lekarzy i pielęgniarki w suterenach budynku klinicznego. Wytwarza się taki stan, że niektóre pokoje oddziału niemieckiego stoją pustką, w innych przebywa po jednym chorym niemieckim, a oddział polski jest stale przepełniony do tego stopnia, że jedno łóżko zajmuje dwóch chorych. Wielu chorych wymagających bezwzględnie leczenia szpitalnego z powodu braku łóżek dla Polaków nie może być przyjętych do kliniki. Prof. Lauber odnosi się nadzwyczaj szorstko do chorych Polaków. Zdarza się, że tych ostatnich z błachego powodu prof. Lauber obrzuca obelżywymi wyrazami, potrąca, a nawet uderza w twarz (dr Klinowski). Również stosunek niemieckiego kierownika do lekarzy Polaków i innych pracowników pozbawiony jest wszelkiego umiaru i taktu. W grudniu 1942 r. zwija prof. Lauber oddział oczny szpitala św. Łazarza, w następstwie tego zmniejsza się jeszcze i tak już niedostateczna ilość łóżek. Z końcem 1943 r. został

---

[1]) W jednym z najbliższych zeszytów Przegl. Lek. będzie o nim mowa osobno.

zwolniony z kliniki doc. dr Wilczek. W końcu 1943 r. ostry kurs w stosunku do lekarzy i innych pracowników oraz chorych Polaków nieco łagodnieje. Prof. Lauber postanawia nawet wznowić przerwane przed dwa i pół roku wykłady dla lekarzy, ale w języku niemieckim. Chłodnie również jego zapał do operowania polskich chorych, dzięki czemu zmniejsza się nagle odsetek straconych oczu. Bezstronnie jednak należy stwierdzić, „że procent straconych oczu po operacjach prof. Laubera był jednakowo wysoki tak u chorych Niemców jak i u Polaków". Był on wynikiem jeśli nie antytalentu chirurgicznego, to „fatalnej ręki" prof. Laubera (dr Klinowski). Od sierpnia 1944 r. klinika pozbywa się Niemców. Mimo wielkiej ilości chorych leżących (180) i przychodnich, mimo ogromu zajęć i niezmiernie ciężkich warunków pracy, każdemu w klinice pracuje się lżej — pracujemy jak u siebie (dr Klinowski).

Oddział oczny Państwowego Szpitala św. Łazarza w chwili wybuchu wojny znajdował się w stanie jak najlepszym. Wyposażony był w narzędzia i przyrządy, oraz sprzęty. Były 82 łóżka dla chorych. W każdej sali znajdował się głośnik radiowy. Ściany były odnawiane co roku. Chorzy mieli osobną jadalnię. Pościeli oddział posiadał poddostatkiem. Sale chorych zdobiły kwiaty i palmy. Były dwie odpowiednio urządzone sale operacyjne, pokój optyczny, pokój refrakcyjny i obszerna przychodnia wraz z pracownią podręczną. Mowa o wyglądzie oddziału z myślą o tym czego się poniżej dowiemy. Kiedy z końcem listopada 1939 r. wrócił na swoje stanowisko ordynator dr Karelus, kierownikiem oddziału był już przedwojenny asystent tegoż oddziału dr Jerzy Günther. Początkowo zgłosił się jako „Volksdeutscher", później został „Reichsdeutschem". Na zewnątrz oddziałem kierował dr Günther, na wewnątrz kierownikiem był dr Karelus. Taki stan trwał do wiosny 1941 r. Wówczas zjawił się prof. Lauber i oznajmił, że wkrótce nastąpi zespolenie oddziału ocznego z kliniką oczną, podkreślając przy tym, że wtedy będzie tylko jeden kierownik, mianowicie on, prof. Lauber. Dnia 1 czerwca 1941 r. zmuszony był ustąpić ze swego stanowiska ordynator dr Karelus. Jesienią w roku 1942 prof Lauber zniósł ostatecznie oddział oczny. Wtedy zwolniono ze szpitala lek. Jaworskiego. Urządzenie oddziału jak sprzęty, narzędzia, przyrządy, to przeniesiono na klinikę oczną, to porozdzielano między różne osoby. Opróżniony oddział oddano chwilowo dla zwiniętego oddziału urologicznego. Potem przerobiono oddział na składy i biura. Przy przebudowie powyrywano z murów przewody elektryczne, umywalnie. Usunięto piony wodociągowe. Połączenia pokoi jednych z drugimi zmieniano nie do poznaki. W ten sposób zatarto wszelki ślad kwitnącego przed wojną oddziału ocznego.

Oddział chorób skórnych V A, oddział promienioleczniczy V B i klinika chorób skórnych U. J. Po powołaniu do wojska ordynatora doc. dra Reissa prowadził przez wrzesień i październik oddział V A prof. dr Walter. Niemcy po objęciu szpitala św. Łazarza oddali kierownictwo zarówno oddziału V A, jak też V B i Kliniki chorób skórnych drowi Welzelowi, Niemcowi. Dr Welzel wezwał do siebie asystentów klinicznych dra Oszasta i Lebiodę, jak też asystenta oddziału V A dra Koniara, polecając, by prace na oddziele prowadzono ze stanowiska wyłącznie praktycznego i by możliwie oszczędzać leków. Od 1 XII 1939 powierzono kierownictwo zjednoczonych oddziałów dermatologicznych (V A, V B i Kliniki) drowi Oszastowi. Obok wymienionych pracowało jeszcze na oddziele kilkunastu lekarzy i medyków. Początkowo chorych niewiele napływało, ale już z końcem 1939 r. oddział był przepełniony chorymi. W tym czasie oddział skórny szpitalny i klinika uniwersytecka były jedynym zakładem w województwie krakowskim dla chorych skórnych i wenerycznych. Niemcy bowiem zajęli szereg innych szpitali dla siebie. W styczniu 1940 r. rozszerzono istniejącą już i zorganizowaną jeszcze przez prof. Waltera odświerzbialnię. Była przeznaczona dla ludzi chwytanych po całej Polsce i wywożonych na roboty do Niemiec. Przez odświerzbialnię przesunęło się w czasie okupacji kilkadziesiąt tysięcy osób. Z początkiem 1940 r. Niemcy uwięzili dra Lebiodę. Po kilku miesiącach go zwolnili, ale mu na powrót do zajęć nie pozwolili.

Z wiosną 1940 r. po wprowadzeniu ustawy o walce z chorobami wenerycznymi, nałożono na oddział obowiązek badania i leczenia w oddziele zamkniętym (poza prostytutkami z domów publicznych, które Niemcy założyli dla wojska i oficerów SS) kobiet, wychwytywanych po ulicach i kawiarniach i doprowadzanych przez policję niemiecką.

„Jeszcze w początkowych miesiącach 1940 r. zjawiały się przypadki oparzeń płynami żrącymi, które Niemcy mieli z sobą. Najniebezpieczniejsze były puszki metalowe, które łatwo się opróżniały, parząc w pierwszym rzędzie twarz i uszkadzając oczy. Puszki te znajdywała młodzież w szkołach, w których obozowali żołnierze niemieccy. Pamiętam np. chłopca kilkunastoletniego, który wskutek tego doznał oparzenia twarzy z uszkodzeniem oczu. Dzieciak ten zginął w wyniku tych okropnych uszkodzeń. Były to bowiem ciała z grupy iperytu, jak wykazały badania chemiczne" (Oszast).

Jesienią 1942 r. objął oddział dr Liebmann Gerhardt, esesowiec, były asystent klinik dermatologicznych niemieckich uniwersytetów. „Wychowany w atmosferze zwyczajów klinicznych, obeznany z dermatologią, autor kilku prac naukowych. Stale mi tłumaczył, że musi się zająć kliniką, musi pracować, aby go nie posądzono o sabotaż (skończył zresztą potem w domu poprawczym, zdegradowany i osadzony tam dwa lata za przetrzymywanie w szpitalu wojskowym ludzi zdolnych do służby frontowej). Otóż tenże dr Liebmann zlikwidował gabinet ordynatora oddziału, poprzebijał ściany i urządził sobie ambulatorium prywatne dla Niemców. Przychodziło tutaj mieszane towarzystwo, po największej części ze świerzbem i z chorobami wenerycznymi. Wtedy miałem możność obserwacji chorych Niemców, leczących się u dra Liebmanna, którzy „chorując" liczyli tylko na świadectwa, zwalniające ich od pracy. Ci przedstawiciele pracowitego narodu — nie lubili przeciążać się pracą...

W ciągu swego sześciotygodniowego pobytu na oddziele dr Liebmann nie zajmował się dużo polskimi chorymi. Ponieważ separatki na I-szym piętrze

zajął na oddział dla Niemców, więc zaglądał głównie do tych chorych. Przy sposobności wypada wspomnieć, że pierwsza partia chorych Niemców na oddziele — to były aktorki z państwowego teatru, ze świerzbem..." (Oszast).

Po ustąpieniu dra Liebmanna kierował oddziałem i kliniką znowu dr Oszast, już do końca okupacji.

„Materiał chorobowy oddziałowy, składający się z przypadków odpowiadających obrazom chorób sprzed wojny i zawierający tylko więcej spraw ropnych, awitaminoz, upośledzenia odżywiania, nasilenie chorób wenerycznych, a przede wszystkim gruźlicy skóry — został w czasie okupacji wykorzystany pod każdym względem. Cały personel lekarski w miarę swych możności pracował w tym kierunku. W odpowiednim czasie dorobek naukowy oddziału zostanie opublikowany.

W obronie mienia oddziału brali udział wszyscy lekarze i personel pomocniczy z pielęgniarzami, woźnymi, laborantami i siostrami szarytkami. Instrumenty cenniejsze przechowywali lekarze u siebie w domu" (Oszast).

Oddział chorób nerwowych i umysłowych opróżniono z chwilą ogłoszenia mobilizacji z dotychczasowych chorych, bo na wypadek wojny przeznaczony był dla lekko rannych. Mimo to już w najbliższych dniach obok rannych, napływali także umysłowo chorzy. W miejsce powołanego do wojska ordynatora doc. dra A. Ślączki kierowała do pierwszych dni stycznia 1940 r. oddziałem VI lek. Ciosińska. 10 I 1940 r. mianowano kierownikiem oddziału VI, dra J. Horodeńskiego, starszego asystenta kliniki neurologicznej U. J. Jesienią 1942 r. objął kierownictwo oddziału VI i kliniki neurologicznej porucznik lekarz SS, dr Sopp. Oddziałem się wcale nie zajmował. Za cały czas kierownictwa był zaledwie kilkanaście razy na oddziele VI. Chodziło mu tylko o pobieranie pieniędzy za zabiegi wykonane na oddziele, u chorych, których nawet nie widział. Nieraz zwracał uwagę, że wpływy są za szczupłe. Kilkakrotnie czyniono zakusy na istnienie oddziału. Trzeba było dużo wysiłku i zapobiegliwości, ażeby oddział nie uległ zwinięciu. Z wiosną 1941 r. zamierzano pomieścić tam prostytutki. Następnie myślano o urządzeniu oddziału wewnętrznego, z kolei zakaźnego dla Niemców. W końcu jesienią 1944 r. myślano o pomieszczeniu, ze względu na silne sklepienie w suterenach, niemieckiego oddziału chirurgicznego. W październiku 1943 r. urządzono w suterenach dla niespokojnych psychiatrycznych, pomieszczenie dla polskich i niemieckich więźniów z ul. Montelupich, którzy wymagali osobliwej opieki lekarskiej i poważniejszych zabiegów. Władze niemieckie poleciły umieścić chorych z ul. Montelupich w jak najgorszych warunkach i w jak najgorszym otoczeniu, niezależnie od stanu zdrowia chorych, by nie mieli sposobności zapomnieć, że się nadal znajdują w niemieckim więzieniu. Mimo usilnych starań nie zdołano spowodować przeprowadzenia na oddziele w ciągu 4 lat koniecznych robót, celem zabezpieczenia budynku od rozszerzania się w nim grzyba, wskutek czego część budynku od suteren aż do I piętra została zniszczona grzybem.

Klinika nerwowo i umysłowo chorych U. J. Kierował nią starszy asystent dr Paszkowski. Niemcy ograniczyli czynności kliniki wyłącznie do zadań oddziału szpitalnego zabraniając nawet używania kliniki, przemianowując ją na oddział „VI B". Do czynności czysto lekarskiej władze niemieckie na ogół nie mieszały się zupełnie, o ile chodziło o leczenie nie Niemców. Ale stanowisko lekarza utrudniały bardzo, zabierając wszystko co lepsze dla siebie i żywiąc Polaków gorzej od Niemców. Podobnie jak na innych oddziałach początkowo dwujęzyczne zarządzenia zastąpiono z czasem wyłącznie niemieckimi. Od września 1942 r. podobnie jak oddziału VI tak i kliniki kierownikiem był esesowiec dr Sopp. Wraz z jego zjawieniem się zaczęli do kliniki napływać cywilni chorzy niemieccy. Dla nich zabrano najlepsze pomieszczenia i wszystkie separatki. Czynności lekarskie około chorych Niemców spełniali lekarze Polacy pod nadzorem daleko młodszej od nich lekarki Niemki. Esesowiec odnosił się do lekarzy Polaków na ogół dobrze, co więcej, z czasem nauczył się ich cenić i poważać. Należy przyznać, że nikt z lekarzy ze strony jego nie był narażony na jakiekolwiek poniżenie ani upokorzenie jako Polak. Nieraz natomiast ze strony innych Niemców, lekarze Polacy spotykali się z obraźliwym a nawet poniżającym wystąpieniem. Zarządzenie dotyczące pisania historii chorób Polaków w języku niemieckim z czasem poszło w niepamięć. Ku końcowi doszło do tego, że esesowiec dr Sopp stał się liberalnym w odniesieniu do Polaków, dbając jedynie o zachowanie pozorów lojalności wobec polakożerczych władz niemieckich. Tylko drowi Soppowi zawdzięczać należy, że klinika nie została zwiniętą. Istniał bowiem zamiar opróżnienia jej z chorych i zamienienia na hotel dla Niemców. Urzędnik Niemiec, na uwagę co się stanie ze 150 chorymi, odrzekł ze spokojem i szyderczym uśmiechem: „a niech Pan swoich chorych wyśle, gdzie się Panu podoba" (dr Paszkowski). Straty materialne kliniki neurologiczno-psychiatrycznej U. J. spowodowane gosoodarką niemiecką wynoszą około 35 do 40 tysięcy złotych według cen z roku 1939.

Oddział urologiczny. Przez szereg pierwszych tygodni oddział urologiczny przyjmował częściowo i chorych chirurgicznych. Do 16 I 1940 r. kierował nim dotychczasowy ordynator doc. dr Michałowski. W wymienionym dniu został uwięziony i osadzony w więzieniu przy ul. Montelupich, gdzie przebywał do 10 VI 1940 r. Zrazu go zastępował dr Doening. Od 1 III 1940 r. kierownikiem został dr Bulanda. We wrześniu 1941 r. jednocześnie z kliniką chirurgiczną i oddziałem chirurgicznym podporządkowano oddział urologiczny Niemcowi (Schörcher). W kilka tygodni później, bo w grudniu 1941 r. po ustąpieniu dotychczasowego, kierownikiem został inny Niemiec (dr Reiss). Pracownice oddziałowe musiały opuścić swoje mieszkanie służbowe, które po odpowiednim przerobieniu zajął ze swą rodziną kierownik lekarz niemiecki. Tablice pamiątkowe ku czci założyciela oddziału i ordynatora oddziału usunięto. W tym czasie stworzono przychodnie dla Niemców. Z końcem listopada 1942 r. budynek oddziału urologicznego z wyłączeniem przychodni niemieckiej oraz mieszkania kierownika lekarza Niemca zajmuje woj-

sko niemieckie. Wtedy oddział urologiczny przeniesiono początkowo do kilku sal oddziału skórno-wenerycznego, a potem na miejsce zwiniętego oddziału ocznego. W maju 1944 r. przychodnię urologiczną połączono z przychodnią chirurgiczną. Część urządzeń oddziału urologicznego przejął niemiecki oddział chirurgiczny, część oddział chirurgiczny polski, a część klinika chorób wewnętrznych, gdzie urządzono przychodnię urologiczną pod kierunkiem dra Doeninga. Z końcem października 1944 r. opuściło budynek oddziału urologicznego wojsko niemieckie. Zabrało przy tym nie tylko urządzenie służące do wyjaławiania, lampę bezcieniową, lustra, kuchenki gazowe, ale nawet żarówki, dzwonki elektryczne, klucze itp. drobiazgi. W związku z mającym nastąpić przyjazdem chorych z Warszawy po upadku powstania, kierownictwo oddziału objął dr Doening. Należało od nowa oddział urządzać. Niektóre z rzeczy wywiezionych przez Niemców powiodło się odzyskać, ale dużo ich przepadło. Z końcem października 1944 r. umieszczono na oddziele 95 rannych przywiezionych z Warszawy.

Oddział dziecięcy. Po zapadnięciu na zdrowiu ordynatora dziecięcego dra Gołąba z dniem 1 XII 1939 r. kierownikiem jego został dr Chudoba. Do późnej jesieni 1942 r. obok dzieci polskich leżały dzieci niemieckie na wspólnych salach. Dzieci niemieckie leczyli lekarze polscy, a od czasu do czasu dochodzili lekarze niemieccy do nich na „konsylia". W tym czasie tzn w grudniu 1942 r. kierownikiem oddziału dziecięcego i kliniki dziecięcej mianowano dra Müllera. Z chwilą objęcia przez niego kierownictwa dzieci niemieckie oddzielono od polskich. Jak długo dzieci niemieckie i polskie leżały obok siebie na wspólnych salach, odżywienie ich było jednakowe. Od lutego zaś 1943 r. kiedy otwarto oddział dziecięcy niemiecki w części kliniki położniczej przy ul. Kopernika 23, odtąd dzieci polskie były gorzej żywione od dzieci niemieckich. Od czasu objęcia kierownictwa przez Niemca zaczęły się dokuczania lekarzom Polakom. Po miesiącu tych rządów uwięziono dotychczasowego kierownika kliniki dziecięcej U. J. dra Pochopienia. Miejsce uwięzionego zajął dr Kisielewskyj, Ukrainiec, wielce zaufany pracownik Niemców. Po jakimś czasie kierownikiem klinicznym został dr Nowak, a Kisielewskyj był tzw. „lekarzem porządkowym". Na wiosnę 1944 r. zajęto jedno skrzydło budynku szpitala św. Ludwika dla zakaźnych chorych dzieci niemieckich. Skutkiem tego powstał wielki brak miejsca dla dzieci polskich, które musiano mieścić po ubikacjach przeznaczonych dotychczas na mieszkanie pracowników lub kancelarie oddziałowe. Mimo starań kierowników Polaków, trudno było uzyskać jakiekolwiek ulepszenia albo naprawy około oddziału dziecięcego. Dopiero w ostatnich miesiącach przed ucieczką Niemców z Krakowa zaczęto zakładać urządzenia bieżącej ciepłej wody w budynku szpitala św. Ludwika. Wszyscy lekarze Polacy uskarżali się na bardzo wrogie ustosunkowanie się do wszystkiego co polskie Ukraińca dra Kisielewsky'ja, który zawsze cieszył się wielkim uznaniem Niemców.

Klinika dziecięca. Kierownictwo kliniki po uwięzieniu prof. Lewkowicza objął najstarszy z asystentów dr Pochopień „pod czujnym okiem lekarza porządkowego" dra Kisielewskyj'a. Działalność naukowa kliniki skurczyła się do minimum. Jedynie z polecenia prof. Lewkowicza, który po powrocie z obozu koncentracyjnego pracował w zaciszu domowym, prowadzono tajne egzaminowanie studentów medycyny. Cała działalność kierownika kliniki musiała ograniczyć się do utrzymania i obrony stanu posiadania kliniki. Cenniejsze przyrządy nie objęte inwentarzem ukryto poza kliniką, głównie u prof. Lewkowicza, objęte zaś inwentarzem (o których istnieniu wiedział opiekun Kysielewskyj) umieszczono w miejscach mało widocznych". Na szczęście przestarzały i niepozorny gmach kliniki i jego wyposażenie w sprzęt dziecięcy nie budziły wielkiego zainteresowania i pożądań władz okupacyjnych, co przez dłuższy czas chroniło klinikę przed zbyt częstymi lustracjami różnych inspektorów niemieckich i rekwizycją dla władz okupacyjnych". W listopadzie 1942 r. dostała klinika dziecięca z oddziałem szpitalnym dziecięcym wspólnego kierownika lekarza Niemca dra Müllera. W miesiąc później jak już wiemy uwięziono dra Pochopienia pod pozorem przyczynienia się do śmierci niemieckiego dziecka w klinice. Po trzech miesiącach zwolniono go wprawdzie, ale mu na powrót na dotychczasowe stanowisko nie zezwolono. Z chwilą kiedy lekarz Niemiec objął kierownictwo kliniki chorób dzieci i oddziału szpitalnego dziecięcego, oba zakłady dzielą już wspólne koleje losów. W marcu 1943 r. miejsce kierownika oddziału dziecięcego i kliniki dziecięcej objął doc. dr Stroeder.

Oddział gardlano-uszny. Po uwięzieniu prof. Miodońskiego, kierownikiem wymienionego oddziału mianowali Niemcy dra Hasmana dotychczasowego asystenta kliniki gardlano-usznej U. J. W następstwie tego, że jego współpracowników powołano do wojska, pełnił obowiązki lekarskie sam jeden. Spędzał wtedy po kilkanaście godzin na dobę na oddziele. Załatwiał sam i chorych leżących i dochodzących. Tak pracował dr Hasman blisko rok. Potem praca była lżejsza, ponieważ zaczęli się zgłaszać lekarze i medycy. W roku 1941 miał objąć kierownictwo oddziału gardlano-usznego lekarz Niemiec, ale ten po oglądnięciu kliniki orzekł, że jest to stajnia i więcej się nie pokazał. Zdaje się, że wygląd zewnętrzny i wewnętrzny kliniki będący jak wiadomo w opłakanym stanie odstraszał Niemców od niej. Ale jesienią 1942 r. tak jak wszystkie inne oddziały szpitalne, dostał kierownika oddział gardlano-uszny, w osobie esesowca lekarza. Niemiec nie będący specjalistą w laryngologii, nie orientował się zupełnie w czynnościach oddziałowych. Praca więc szła dalej tak samo jak dotychczas. Pracy przez cały czas okupacji było bardzo dużo. Ubył przecież szpital Ubezpieczalni [1]), a pracownicy kolejowi, którzy się przedtem leczyli w szpitalu Bonifratrów obecnie skierowywani byli do szpitala św. Łazarza.

Zakład Rentgenowski. Jeszcze w roku 1938 była postanowiona rozbudowa zakładu. W r. 1939 przeznaczono już odpowiednią sumę na ten cel (40.000 zł).

---

[1]) M. Ciećkiewicz: Ubezpieczalnia Społeczna w Krakowie w czasie okupacji niemieckiej. Przegl. Lek. 1945, Nr 2.

Wojna przekreśliła wszelkie w tym kierunku zamierzenia. Tak jak przed wojną, tak i w czasie okupacji stały przed zakładem rentgenowskim bardzo liczne zadania. Niemcy wkrótce spostrzegli wielkie braki pracowni. Postanowili zakład rozszerzyć i odpowiednio wyposażyć. Zamówili okazały jeden przyrząd do celów rozpoznawczych, a drugi do celów leczniczych. Na umieszczenie zamówionych przyrządów władze niemieckie przeznaczyły sąsiadujące z zakładem pokoje przynależne do zakładu skórno-płciowego. Odebrano je oddziałowi V. Blisko trzy lata stały próżne i nieużywane. W między czasie nadeszły przyrządy, ale do zakładu rentgenowskiego doszedł tylko przyrząd przystosowany do leczenia. Trzy lata leżał nierozpakowany, ponieważ nie było go gdzie ustawić. Z wiosną 1945 r. ostatecznie przerobiono i odpowiednio uzbrojono w potrzebne przewody te trzy pokoje, ale nim przyszło do ustawienia przyrządu, to go Niemcy w lecie 1944 wywieźli z Krakowa. Tak więc zakład, który był bliski uzyskania okazałego urządzenia, znajduje się w stanie przedwojennym i to o tyle gorszym, że w międzyczasie przyszło do jeszcze większego zużycia przyrządów. Po ustaniu okupacji oddział V upomniał się o należne mu pokoje. Zwrócono je. Niestety uzbrojenie pokoji musiało przy tym uledz zniszczeniu. — W czasie okupacji zakład rentgenowski obok codziennych zajęć świadczył bardzo dużo na rzecz osób, które skierowywały P. C. K. i R. G. O. Wywiązywał się zakład rentgenowski ze swych zadań jak najlepiej. Tym sobie zdobył wdzięczność wszystkich, którzy się do niego zgłaszali o pomoc, a uznanie szerokiej publiczności.

Apteka szpitalna. Wrzesień 1939 r. zastał aptekę, jak już o tym wspomniano, dobrze zaopatrzoną w leki i opatrunki. Zapasów starczyło na cały rok. Potem zaczęły się trudności z nabywaniem leków i opatrunków. Uciekanie się o pomoc do dyrekcji szpitala niewiele pomagało. W dyrekcji szpitala były ustawiczne zmiany, ciągłe przenoszenie biur, a o potrzeby polskich chorych nie dbano. Otwarcie niemieckich oddziałów utrudniało jeszcze więcej pracę w aptece. Żądania niemieckich ordynatorów były ogromne, niewspółmierne do stanu zaopatrzenia apteki i do ogólnego zapotrzebowania. Cierpiały skutkiem tego oddziały polskie, którym niemieccy ordynatorowie ograniczali potrzebną ilość leków i opatrunków. Ciężar pracy, troski i ciągłe zmagania się z władzami niemieckimi odbiły się na zdrowiu kierowniczki apteki. Kierowniczka mgr Zofia Radwańska zmarła, jak już wiemy w marcu 1943 r. Jej miejsce zajął Niemiec mgr Stamm. Dla Polaków (tzn. w naszym pojęciu) kierowniczką apteki była p. mgr Sławikowa. P. Stamm języka polskiego nie znał, obcą mu była praca w tak dużej aptece jak szpitalna, to też początkowo zachowywał się poprawnie. Stopniowo opanowywał całość i stawał się coraz więcej wymagający — a dla polskich oddziałów coraz oszczędniejszy. „Dzieciom polskim nie chciał kierownik wydawać ani odżywek, ani życianów. Na prośby nasze odpowiadał, że dzieci nasze mogą jeść owoce — a uwaga z naszej strony, że owoce nie są dla dzieci polskich, tylko niemieckich — doprowadzała go do pasji“ (mgr Sławikowa). Stosunek kierownika do oddziałów był wrogi, do personelu apteki, wyłącznie polskiego nie był otwarcie wrogi — ale nacechowany wyniosłością. „Kiedy nadszedł lipiec 1944 r. kierownik nie ufając nikomu, zaczął pospiesznie sam pakować wszystkie najcenniejsze leki. Zaczęła się ostra wzajemna walka, wychwytywanie przez personel leków, chowanie ich po schowkach, wydawanie ich na oddziały polskie. Atmosfera była ciężka, przepojona wzajemną nienawiścią, bezsilną pasją i rozpaczą“ (mgr Sławikowa). Po spakowaniu pak zaczęło się ich wywożenie, na szczęście nie w głąb Niemiec — tylko do Biblioteki Jagiellońskiej. Po wysłaniu pak, kierownik przestał się zajmować apteką, a ogólne położenie i beznadziejność jego, doprowadziło go do hulanek, pijatyk, które spowodowały ostatecznie złożenie go z kierownictwa. W listopadzie 1944 r. zajął jego miejsce apt. Bunek, również Niemiec. Znał język polski. Starał się nawiązać stosunki towarzyskie z pracownicami apteki. Skończyło się na staraniach. Wysyłał do Izby Aptekarskiej na przyjęcia tam urządzane dziesiątki litrów wódek i likierów sporządzanych ze spirytusu aptecznego. Przydział leków dla oddziałów polskich ograniczał do znikomych ilości. Apt. Bunek zapowiadał kontrolę zapasów po oddziałach i zagarnięcie ich. Dotyczące oddziały, o których zapasach był kierownik nie wiadomo skąd powiadomiony, ostrzeżono ze strony apteki. Wypadki jednak tak szybko postępowały, że do zapowiedzianej kontroli nie doszło. Kierownika wzięto do służby policyjno-pomocniczej 14 I. 1945 r. i od tej chwili w aptece się już nie pokazał. Okres bombardowania i walk poprzedzających wkroczenie wojsk sowieckich spowodował, jak w innych budynkach szpitala, tak i w aptece wypadnięcie wszystkich szyb w oknach. Panował wtedy mróz wielki, więc zimno utrudniało pracę w aptece. Należy podnieść obowiązkowość mgr Güntnerowej, która mimo, że mieszkała daleko od szpitala, każdego z krytycznych dni przychodziła do pracy. Apteka ani jednego dnia nie była nieczynna. Zapasy leków, które wywiózł kierownik Stamm do Biblioteki Jagiellońskiej, dzięki zabezpieczeniu przez odpowiednie władze uniwersyteckie, dostały się na skutek bezzwłocznej interwencji kierowniczki mgr Sławikowej w posiadanie szpitala. „Niestety, cukru wywiezionego do Niemiec, jak też cenniejszych leków, jak witamin w zastrzykach, 10 skrzyń odżywki „Wir Zwei“, dużą ilość korków aptecznych, win leczniczych, koniaków, 1 kg. herbaty, mydeł leczniczych, które kierownik Stamm sprzedał w ostatnich miesiącach swego urzędowania — nie otrzymaliśmy z powrotem“ (mgr Sławikowa).

Urzędnicy szpitalni. Ciężki był los urzędników szpitala. Ci cały dzień przebywali z Niemcami. Nadszedł czas, że pracowali 11 godzin na dobę z przerwą 15—20 minut na obiad. Niemcy, nasyłani do szpitala na kierowników biur, byli to najczęściej ludzie, którzy dotychczas nic wspólnego z administracją nie mieli W następstwie tego powodowali zamieszanie, nieporozumienia, a stąd płynęły trudności w urzędowaniu Ze strony Polaków trzeba było dużego opanowania, by znieść zniewagi, jakie ich spotykały ze strony Niemców. W tym miejscu należy wspomnieć o p. Dreasu. Pan Dreas, Polak, kierownik biura personalnego ze znawstwem archiwariusza, a zamiłowaniem bibliofila uporządkował akta dawne

dotyczące szpitala. Aktów tych jest kilka tomów. O p. Dreasie będzie jeszcze poniżej mowa.

Myślą przewodnią postępowania Niemców w szpitalu było wypieranie Polaków z dotychczasowego stanu posiadania. Do tego zmierzali stopniowo. W międzyczasie starali się wszystko urządzić wzorem niemieckich zwyczajów.

Spośród wszystkich Niemców zajętych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie szczególną gorliwością odznaczała się P. Quade. „Pani Quade była zagadkową postacią na terenie szpitala. Urzędowała prawie przez cały czas okupacji. Przebywała jako przełożona pielęgniarek. Wkrótce jednak to stanowisko odstąpiła innej Niemce. Interesowała się wszystkim, wszystko wiedziała co się dzieje na terenie szpitala i nie było rzeczy, której by nie zrobiła. Była ogólna opinia, że znaczyła w szpitalu więcej niż dyrektor. Gdy który z nią zadarł, było wiadomym, że wkrótce intrantne i bezpieczne stanowisko opuści. Nienawidziła ona Polaków, a specjalnym zaufaniem obdarzała Ukraińców. Mówiła trochę po polsku i po rosyjsku. Chętnie wdawała się w pogawędki przy nadarzających się okazjach ze służbą, ażeby dowiedzieć się i wykorzystać to, czego w inny sposób nigdy by się nie dowiedziała. Korzystała często z naiwności służby i obiecywała wówczas, że uwzględni przy przydziałach, które na terenie szpitala były szczególnie nikłe. Miała zwyczaj niedotrzymywania obietnic, względnie przesuwania terminu obietnic. Wtrącając się do różnych spraw, nie przebierała w środkach, nie gardząc nawet rękoczynami, aż jedna z sanitariuszek oddała jej z nawiązką. Musiała ona naturalnie zaraz teren szpitala opuścić“ (dr Horodeński).

Innymi Niemcami zajmować się nie będziemy. Wystarczy powiedzieć: pomijając wyjątki, nowoprzybyli Niemcy odnosili się do Polaków wrogo, po jakimś czasie łagodnieli, a później nawet Polaków cenili. Bywali między Niemcami tacy, którzy się starali nawiązać stosunki towarzyskie z Polakami.

Lekarze Polacy mieli — najczęściej ku swojemu utrapieniu — wielkie wzięcie wśród Niemców. A należy pamiętać, że Polakom urzędowo zakazano leczenia Niemców, a prócz tego także Niemcom zabroniono zasięgać porady u Polaków. A mimo to u Polaków leczyli się Niemcy. Jedni otwarcie, inni się z tym kryli. Leczyli się u Polaków często niemieccy dostojnicy. Wtedy lekarze Polacy starali się wykorzystywać ich wpływy, bądź to dla poprawy doli pracowników, bądź chorych szpitalnych. W tym ostatnim przypadku chodziło o dzieci. Tylko dzięki praktyce wśród wpływowych Niemców, miały dzieci polskie zapewnione: grysik, ryż i odżywki — środki zastrzeżone wyłącznie dla dzieci niemieckich (lek. Chudoba, dr Pochopień).

Na niektórych oddziałach za czasów okupacji dokonano wskazanych przeróbek i pożądanych ulepszeń. (Były między nimi przewidziane jeszcze przed wojną). Inne oddziały znowu, uzyskały to narzędzia operacyjne, to przyrządy do celów rozpoznawczych lub leczniczych, to znowu czasopisma i książki. Większość nowo zakupionych narzędzi, przyrządów i książek Niemcy wywieźli latem 1944 r. lub w styczniu 1945 r. Te zaś korzystne zmiany, które zaprowadzono na niektórych oddziałach są znikomą cząstką tego, co w sprawie rozbudowy szpitala postanowiono tuż przed wojną. Nawet gdy się weźmie pod uwagę szklarnie, które Niemcy wybudowali w ogrodzie szpitalnym, to częściowo sprawę ujmując, gospodarki Niemców w szpitalu w ciągu $5^1/_2$ lat inaczej, niż ujemną, określić nie można.

Tak wyglądało w szpitalu i klinikach życie urzędowe. Obok niego, a raczej pod nim toczyło się inne. Ono było zjawiskiem odruchowym. Samorzutnie, niezależnie od siebie, powstawały wśród Polaków na oddziałach i klinikach, jako też wszelckich jednostkach gospodarczych i biurowych w szpitalu, samorządy. Wszędzie starano się wszelkie sprawy sporne załatwiać między sobą, omijając Niemców. Starano się utrzymać zwyczaje przedwojenne. A więc nie zapominano o świętach kościelnych (chociaż je Niemcy znieśli) i o narodowych. W jedne i drugie ograniczano zajęcia do niezbędnych. Więc nie dokonywano po oddziałach badań dodatkowych, nie pisano recept itd. Było to tylko symbolicznym zachowaniem zwyczajów. Ale wtedy symbole miały wielkie znaczenie Z końcem 1939 r. coraz więcej lekarzy i medyków zgłaszało się do szpitala. Między nimi było dużo wysiedlonych. Dla nich mieszkanie w szpitalu i utrzymanie, nawet tak nędzne jakie dawał szpital, było szczęśliwym wyjściem z dotychczasowego położenia. Dla innych znowu zajęcie w szpitalu było potrzebnym dla uzyskania dowodu osobistego chroniącego przed utratą mieszkania i przed łapankami ulicznymi. Niemcy niechętnie patrzyli na większe skupienie lekarzy. Dlatego od czasu do czasu zarządzali wydalenie pewnej ilości lekarzy i medyków. Aby uchronić ich od tego, nazywało się, że medycy pracują jako pielęgniarze lub laboranci, a lekarzy choć jest dużo, to dlatego, bo oni niewiele czasu mogą oddziałom poświęcać jako zajęci w Ubezpieczalni, przy Kolei itd. Takie postawienie sprawy, chroniło często jednych i drugich przed wydaleniem ze szpitala. Niemcy wprowadzili pobieranie dodatkowych opłat od chorych I i II klasy. Z tych dochodów 20% szło dla Dyrekcji Szpitala a 80% dla kierownika danego oddziału. Żaden z kierowników Polaków nie korzystał z przyznanych mu pieniędzy, tylko je dzielił między swych współpracowników. Bywało, że z tego źródła płynące dochody były jeśli nie wyłącznym, to podstawowym oparciem dla tego, czy innego lekarza. Być może, że właśnie te dodatkowo ściągane opłaty, stały się wzorem czy zachętą dla niektórych młodszych lekarzy, że oni potajemnie przed kierownikami ciągnęli nieraz zyski z chorych szpitalnych. Inni znowu — także o odosobnionych chodzi — uchylali się od pełnienia obowiązków w izbie przyjęć. Nie zdawali sobie sprawy, że w ten sposób wyrządzają krzywdę dobremu imieniowi lekarza Polaka. Od tych smutnych wyjątków odbijał ogół lekarzy i medyków. Oni mimo ciężkich warunków w których żyli, pracowali wzorowo i godność swego stanu wysoko cenili. A przede wszystkim się uczyli i przygotowywali do egzaminów. Starsi oddawali się badaniom naukowym (potajemnie, bo były zakazane) i zbierali spostrzeżenia z myślą o rozprawce doktorskiej. Kierownicy klinik U. J. i kierownicy oddziałów szpitalnych mianowani przez Niemców uważali za swój obowiązek zawiadamiać swych właściwych przełożonych tzn.

przełożonych swych z-przed wojny o biegu zajęć na odnośnym oddziele czy klinice. Poważną nieraz trudność miewali kierownicy oddziałów przy załatwianiu spraw administracyjnych, wobec braku egzekutywy, którą mieli w swych rękach Niemcy. Zwiększała je jeszcze obecność po oddziałach elementów narodowo obcych i politycznie niepewnych. Ale i tak omijano Niemców. W tych rązach szedł zawsze na rękę P. Dreas, Polak, kierownik biura personalnego. Każdy z kierowników oddziałów zawsze podkreślał, że tylko dzięki gorliwej pomocy współpracowników mogą zajęcia w tych ponurych warunkach wyglądać tak jak wyglądają. Istniała wśród Polaków atmosfera wielkiego wzajemnego zaufania. Tylko przy zwartym postępowaniu można było myśleć o świadczeniach, o których zaraz będzie mowa. Na oddziałach uważano za swój obowiązek, politycznych więźniów jak najdłużej przetrzymywać. Dalej dążono do tego, by wysyłanym na roboty do Niemiec, wyznaczanym do sypania okopów, członkom drużyn roboczych, iść jak najdalej po ich myśli. W tym ostatnim wypadku świadczyły więcej przychodnie oddziałowe niż same oddziały. Polacy szli ręka w rękę z sobą. I to nie tylko należący do stanu lekarskiego, ale pracownicy wszelkich zawodów. Więc pielęgniarki świeckie, zakonne, dozorczynie chorych, ślusarze, palacze itd. Wszyscy pełnili swe obowiązki ofiarnie, ciągle w przyszłość wpatrzeni. A głód im dokuczał. Bo wynagrodzenie było skąpe, żywienie niedostateczne. Były okresy, że na ciężko pracującego wypadało 1500—1900 ciepłostek na dobę.

Źle byli żywieni i chorzy i pracownicy. Ale chorych wspomagała rodzina, znajomi lub stowarzyszenia dobroczynne, jak sekcja szpitalna P. C. K. lub R. G. O., zresztą chory jeśli głodował, to jego pobyt w szpitalu był czasowy, przejściowy. Pracujące natomiast przy chorych nie miały widoków na zmianę miejsca zatrudnienia, a w związku z tym na poprawę odżywienia. To też należy być z najwyższym uznaniem dla tych, które choć głodne od tygodni, miesięcy a w końcu głodne od lat, choć zajęte roznoszeniem i obdzielaniem jedzenia chorych, nigdy się nie zapomniały, że to jedzenie około którego się krzątają, nie dla nich przeznaczone. Były takie, które bolały nad głodem chorych. Swego jakby nie czuły.

Różne przechodzili przeżycia pracownicy szpitala w czasie okupacji. Nie małą część między nimi stanowiły moralne. Np. to podsłuchane: Stoi na dziedzińcu szpitala kilku jego pracowników. Wynędzniali, stroskani. „Ale co robić, by dzieci nie marzły i by nie były głodne? albo, żeby z głodu nie chorowały?“. Tak się między sobą usprawiedliwiali z tego, że wieczorem wracając z pracy do domu zabierał jeden-czy drugi w teczce kilka kawałków węgla lub trochę ziemniaków szpitalnych. Kto znał uczciwość tych ludzi z przed wojny, był pewnym, że skoro tylko wrócą prawidłowe stosunki, oni znowu będą sobą.

Podam jeszcze jeden szczegół, aby dać obraz nastawienia pracowników szpitalnych. Z polecenia Niemców ma murarz szpitalny zastąpić napis polski nad głównym wejściem napisem niemieckim. Murarz w ten sposób wywiązał się z zadania: wyjął wmurowaną nad główną bramą płytę kamienną i napis niemiecki wyrył — ale na jej odwrocie. Napisu zaś polskiego nie zniszczył. „Bo on się jeszcze przyda“ orzekł. Murarza w szpitalu już nie ma, ale pamięć o nim została.

Osobno wspomnieć należy o Pawle Fedeczce odźwiernym głównego wejścia. Stale miewał najświeższe wiadomości, te zakazane, radiowe. Uważał niejako za swój obowiązek szerzyć je wśród pracowników szpitala. A podawał je zawsze z odpowiednim oświetleniem i ze swoimi objaśnieniami. Nawet w okresach największego powodzenia Niemców widział ostateczną ich klęskę. Dlatego właśnie, pracownicy różnych oddziałów tak chętnie chodzili po wiadomości do „Pawełka“—jak go powszechnie nazywano. Uwięziony w 1944 r. zmarł w obozie.

Nadszedł dzień 16 I 1945 r. Koło 10-tej godziny usłyszano w szpitalu pierwsze odgłosy bomb. W tym czasie mniej więcej opuścił szpital ostatni Niemiec. Wkrótce zaczęto zwozić rannych do kliniki chirurgicznej i do oddziału chirurgicznego. Odtąd w obu zakładach zaczęła się ciężka praca. Dnia 17 I o godzinie 15,10 ugodziła bomba w oddział VI i zniszczyła jego część wschodnią. Pierwszym spośród spieszących z pomocą był kapelan szpitalny ksiądz Jaworek. Wśród płomieni ognia, wśród tumanów pyłu, obojętny na niemilknące odgłosy toczących się walk o Kraków, osmolony, spocony, choć był kilkunastostopniowy mróz, krzątał się po gruzach zawalonej części budynku, pochylał to tu, to tam, i nadsłuchiwał, gdzie i komu przyjść z pomocą? Nie było wtedy zawodowych robotników do usuwania gruzu. Praca więc nie szła składnie. I straż ogniowa nie była w stanie nic pomódz. Ksiądz Jaworek jeszcze nazajutrz dosłuchał się jęków pod gruzami, na skutek czego uratowano jedną osobę więcej. Upłynęło kilka dni zanim wydobyto wszystkie zwłoki spod gruzów. Zginęło 33 osób. W tym było pracowników szpitalnych sześć. Nazwiska ich: dr Reichan Jerzy lekarz domowy, Siostra Miłosierdzia Józefa (Jadwiga Ruszkiewicz), dozorczynie chorych: Baran Katarzyna, Jakocka Anna, Maliszewska Aniela, Bułat Katarzyna. Ta ostatnia była pracownicą oddziału zakaźnego. Pozostali zabici, to 25 chorych i troje dzieci w wieku 8—10 lat, które przyszły odwiedzić swą babkę.

Obok księdza Jaworka podnieść należy w tych przełomowych dniach nadzwyczaj ofiarne zachowanie się P. Rychlińskiego sekretarza oddziału VI. Dalej wielka wdzięczność i gorące uznanie za ciężką pracę około ratowania chorych i roztaczaną nad nimi w tym czasie opiekę należy się: Księdzu Wrzalikowi Alojzemu, Siostrom Szarytkom Prijar Julii, Okrucińskiej Marii, Serafin Ludwice, studentowi medycyny Smoleńskiemu Janowi, odźwiernemu Zającowi Kazimierzowi, dozorczyniom chorych Madydzie Katarzynie, Klojzy Zofii, Gieras Barbarze, Kowalskiej Annie, Wilk Anieli, Jandzie Agacie, Jędras Antoninie, Potockiej Anieli, Rozum Marii, Opioł Ewie, Miksiewicz Jadwidze, Trojan Małgorzacie, Trybule Annie i Walczykowi Andrzejowi. Od pocisków, które padły w pobliżu oddziału chirurgicznego powstało w nim takie zniszczenie, że dnia 18 I musiano budynek opróżnić. W ciągu kilku godzin przeniesiono chorych do kliniki położniczej. Bomba, która ugodziła w oddział VI,

była najdotkliwszym ciosem dla szpitala, ale nie ostatnim. Przy wysadzaniu mostu kolejowego przy ul. Kopernika doszło do tak silnego wybuchu, że w następstwie jego w budynkach szpitalnych powypadały prawie wszystkie szyby, a większość dachów uległa mniejszemu lub większemu uszkodzeniu. Okna bez szyb, dachy podziurawione, brak węgla, przy kilkunastostopniowym mrozie, oto okoliczności, które w ciągu kilku najbliższych dni doprowadziły do zniszczenia centralnego ogrzewania w większości budynków szpitalnych i klinicznych. Dnia 19 I dr Kubisty i dr Starnal wykonują już którąś z rzędu amputację w klinice położniczej, do której wczoraj przeniósł się oddział chirurgiczny szpitala. Podczas jednej pęka piłka. Z polecenia dra Kubisty'ego biegnie po piłkę do kliniki chirurgicznej sanitariusz Antoni Korbel i na jezdni pod kliniką chirurgiczną odnosi ranę od odłamka pocisku artyleryjskiego. W przyszłości zachodzi konieczność odjęcia mu kończyny dolnej. Dnia 19 I wrócili na swe stanowiska dyrektorowie klinik i ordynatorowie oddziałów szpitalnych z wyjątkiem trzech, mianowicie: doc dra Ślączki (zaginiony), doc. dra Reissa (którego wojna zagnała gdzieś na zachód) i obłożnie chorego doc. dra Szymanowicza. Jeszcze przez szereg tygodni trwał powrót na swe stanowiska różnych pracowników szpitalnych i jeszcze w ciągu kilku tygodni opuszczali szpital w czasie wojny przyjęci pracownicy. Dość znaczny odsetek wśród nich stanowili Poznaniacy i Pomorzanie. Spośród młodszych lekarzy, którzy byli zajęci w szpitalu przed wojną a obecnie wrócili, stanowią przeważną większość Żydzi.

W Listopadzie 1945 r.

Dr JÓZEF NÜSSENFELD i Dr BERNARD BORNSTEIN
Kraków

Historia wojenna szpitala Gminy żydowskiej w Krakowie w okresie 1939—45 r.

Fala zniszczenia, jaka przeszła po szpitalnictwie polskim już od pierwszej chwili nie oszczędziła Szpitala Gminy żydowskiej w Krakowie.

Już w pierwszych dniach pobytu okupantów zgłosiły się osoby wojskowe niemieckie i nie przedstawiając żadnych dowodów uprawniających do rekwizycji, zażądały wydania bielizny, a gdy Dyrekcja zażądała dokumentów, zmusiły Dyrekcję i zarząd szpitala do otwarcia wszystkich magazynów i wybrały bieliznę, najlepszą jej część w ilości kilkuset kompletów, które szpital z wielkim trudem i kłopotami, świeżo przed wojną uzyskał od Towarzystwa Przyjaciół Szpitala. Równocześnie zarekwirowali znaczne ilości prowiantów. Zaznaczyć należy, że Gmina żydowska jako też i podległy jej Szpital żydowski już na trzeci dzień po wkroczeniu Niemców na teren Krakowa dostały się bezpośrednio pod opiekuńcze skrzydła gestapo. Jasnym więc było, że o losach: szpitala i jego majątku, inwentarza i chorych decydował p. Siebert, ówczesny szef z ramienia gestapa. Od tego czasu mnożyły się odwiedziny Niemców w szpitalu, przy czym po każdej wizycie zmniejszał się inwentarz szpitala zarówno pod względem gospodarczym jak i lekarskim. Po kilkakrotnych wizytach pozostała tylko ta część inwentarza, której Niemcy użyć nie mogli. Były to rzeczy i instrumenty do użytku niepełnowartościowe. Stan ten trwał przez cały okres pobytu szpitala w pierwotnej jego siedzibie przy ul. Skawińskiej 8. Ruch w szpitalu w pierwszych tygodniach wojny był stosunkowo mały, a to prawdopodobnie na skutek trudności komunikacyjnych. Po krótkim jednak czasie frekwencja wzrastała z dnia na dzień. Zgłaszali się chorzy z prowincji, a nadto żołnierze powracający z niewoli niemieckiej, żydzi wysiedleni i wyrzuceni z innych miast. Przed lekarzami powstawały nowe, wzrastające z każdym dniem trudności. Ambulatoria czynne były niemal przez dzień cały. Zaznaczyć należy, że przeważająca część lekarzy zaciągnęła się do wojska tak, że pozostała mała garstka była niemal bez przerwy zajęta w szpitalu. Z kierowników oddziału pozostali dyr. dr Nüssenfeld prymariusz chirurgii, prymariusz dr Jan Lachs, prym. dr Maksymilian Blasberg, prymariusz dr Bornstein, dr Eichenholz i in.

Wymienieni musieli przy pomocy bardzo skąpej ilości młodych lekarzy pokonać nawał wzrastającej pracy. Z zarządzenia władz niemieckich gmina żydowska tzw. Rada Starszych („Judenältestenrat“) zobowiązaną była dostarczać pracowników fizycznych do tzw. czarnej roboty, żydów zarówno mężczyzn jak i kobiet, i było życzeniem władz aby każdy pracownik poddany został badaniu lekarskiemu, a szpital miał orzekać każdorazowo o ich zdolności do pracy.

Ta troskliwość okazała się jednak pozorną, ponieważ kontyngent Niemcy z góry ustanawiali, a ci którzy na skutek choroby do pracy zdolni nie byli „w brankach“ ulicznych i mieszkaniowych do pracy byli „łapani“. Zarazem do szpitala zgłaszali się i przywożono chorych z obozów pracy jak np. Pustków koło Dębicy.

Stan tych chorych przedstawiał się nader smutno. Z jednej strony z powodu złego odżywiania i wyczerpania, z drugiej zaś strony z powodu pobicia. Przydziały żywnościowe dla ludności żydowskiej od samego początku skąpe. Szpital Gminy żydowskiej dzięki życzliwemu ustosunkowaniu się krakowskich Władz Miejskich mógł w przybliżeniu spełniać swoje zadania. Zasoby szpitala coraz bardziej malały. Przeważająca część chorych w 75% była leczona bezpłatnie. Ceny materiałów sanitarnych nie współmiernie wzrastały tak, że „Rada Starszych“ tylko z trudnością mogła podołać wydatkom na utrzymanie szpitala. Zarządzeniem władz w dniu 5 marca 1941 została utworzona dzielnica mieszkaniowa dla Żydów w Dz. XXII Podgórze. Przed dyrekcją szpitala pojawiły się nowe trudności. Z powodu braku odpowiedniego budynku w przydzielonej Dzielnicy przyznany został dom czynszowy przy ul. Józefińskiej 10, na cele szpitala.

Aby dom ten mógł spełniać swe zadanie trzeba było wielu trudów i wkładów finansowych. Dzięki

ofiarności ludności żydowskiej udało się szereg trudności przezwyciężyć. Tą drogą stanął szpital dysponujący 120 łóżkami wraz z urządzeniami: sale operacyjne, rentgen, pracownie itd. Szpital stale był przepełniony tak, że okazała się konieczność układania po dwóch chorych w jednym łóżku. Przepełnienie spowodowane było: brakiem szpitali specjalistycznych w województwie krakowskim dla ludności żydowskiej, zakazem przyjmowania Żydów w innych szpitalach i klinikach Krakowa i wzmożoną chorobowością wśród Żydów, zmuszonych przebywać w ciężkich warunkach mieszkaniowych.

Historia szpitala ściśle wiąże się z losami ghetta. W okresie powtarzających się tzw. „akcyj", kiedy ulice ghetta zalane były krwią, szpital bywał stale przepełniony rannymi i pobitymi. Trupy z ulicy zanoszone były masowo na podworzec szpitalny. Ludzie starzy i niedołężni, pozbawieni opieki, znajdowali przyjęcie w szpitalu, a gdy centralny szpital nie mógł wszystkich pomieścić, „Rada Starszych" zmuszona była utworzyć dwie filie dla ludzi starych i nieuleczalnie chorych.

W związku z pojawieniem się chorób zakaźnych utworzono przy ul. Rękawka Szpital dla ostrych chorób zakaźnych, którego kierownictwo spoczywało w rękach dra A. Bibersteina. Do szpitala tego skierowywano chorych z Dzielnicy żyd. oraz z więzień i obozów pracy.

Do najtragiczniejszych dni należy 28 października 1942 r. Dnia tego szalało gestapo. Przeprowadziło ono akcję wysiedleńczą, kierując przeszło 7000 ludzi z samej dzielnicy do komór stracenia w Bełzcu. Dnia tego cała Dzielnica została nocą obstawiona a specjalna straż czuwała przed szpitalem, by żaden chory pod osobistą odpowiedzialnością Dyrektora nie wydalił się ze szpitala.

Dnia tego wszyscy chorzy zarówno szpitala centralnego jakoteż i jego filii zostali załadowani — bez względu na ich stan zdrowia — do ciężarowych samochodów i wywiezieni. Kierujący akcją niemiec obchodząc szpital ściągnął ze stołu właśnie rodzącą kobietę i polecił dołączyć do transportu, mimo że Dyrektor Szpitala na kilka godzin wcześniej wywalczył zezwolenie na zatrzymanie tejże rodzącej. W akcji tej wywiezionych zostało i zabitych 13 lekarzy, a między nimi dr Ameisen, dr Hellerowa, dr Spira, dr Leningerowa, dr Stieglitz-Sperlingowa, dr Goldmanowa, dr Fuchs Katzowa, dr Eibenschütz, dr Kaiser, dr Rosenbaumowa i inni. Dnia tego szpital został całkowicie opróżniony. „Akcje" wysiedleńcze powtarzały się nadal nie oszczędzając i szpitala. Tragicznym w historii dzielnicy żydowskiej był dzień 13 marca 1943 r.

Na polecenie władz w przeciągu dwóch godzin zmuszeni byli wszyscy żydzi opuścić Dzielnicę i udać się pieszo do Obozu barakowego w Płaszowie. W dniu tym szpitale były przepełnione ciężko chorymi a na interwencję Dyrekcji skierowaną do komendanta obozu barakowego SS-owca Götta, który akcję tą przeprowadzał, co zrobić z chorymi otrzymano odpowiedź: pozostawić bez „opieki". Wszyscy wysiedleni mogli ze sobą zabrać jedynie podręczny pakunek. Dnia tego we wszystkich szpitalach zostali zabici w łóżkach szpitalnych niezdolni do transportu, starzy, chorzy, dzieci jakoteż rodzice, którzy dzieci nie chcieli opuścić. Również starzy przeprowadzeni zostali dnia tego do tzw. ghetta „B", do wyznaczonej na ten cel ulicy i tam wystrzelani. Podczas akcji tej zginął dr Fischer z rodziną, dr Palin z rodziną i dr Blauówna. Ilość zabitych tego dnia oblicza się na około 700. Gdy po dwóch dniach lekarze szpitalni udali się z Obozu do Dzielnicy, celem dokonania przeprowadzki szpitala do baraku, obraz w szpitalu zamroził krew. Szpital był zniszczony, a kałuże krwi znachodziły się w każdym niemal łóżku. Udało się przewieźć do baraków tylko najistotniejsze rzeczy inwentarza.

W obozie w Płaszowie przygotowane dla szpitala były 3 baraki. Bez okien, zbudowane z grubych nieheblowanych desek, z przeświecającymi szparami. Deszcz kapał do wnętrza, a chorzy leżeli w łóżkach z parasolami. Pieców nie było, podobnie ani kanalizacji, ani ustępów. Jeden barak przeznaczony był na oddział chirurgiczny, jeden na wewnętrzny a jeden dla ostrych chorób zakaźnych. Z czasem po szeregu miesięcy przy znacznym wkładzie lekarzy i personelu udało się część braków usunąć. Kierownictwo lekarskie oddane zostało przez komendata obozu SS Götta w ręce lekarza, który dla potrzeb chorych i personelu lekarskiego i sanitarnego nie miał zrozumienia przez cały okres pobytu. Życie szpitalne układało się bardzo ciężko. Zarówno dla chorych zwracających się z całym zaufaniem do lekarzy, jak również i dla lekarzy. W czasie powtarzających się i tu w obozie „akcyj" niszczenia wyciągano chorych ze szpitala już to wysyłając ich transportami, jużto załatwiano się z nimi na terenie szpitala i obozu. Wszelkie interwencje ze strony lekarzy oddziałowych nie odnosiły skutku, a narażały obrońców na wielkie przykrości. Ciągłe, codzienne wizyty tzw. opiekunów szpitalnych, wpływały niszcząco na losy szpitala i chorych. Czas pobytu w szpitalu był ograniczony a chorzy na drodze do wyzdrowienia byli przedwcześnie wypisywani i ginęli przy pracy z powodu niewyleczonych chorób.

Nadszedł dzień 14 maja 1944. W pogodny dzień niedzielny, wśród skocznych melodyj głośników radjowych wśród łkań i płaczu ojców i matek zabrano z tzw. „Kinderheimu" dzieci i młodzież do lat 15-tu w liczbie około 700 osób do przygotowanych samochodów ciężarowych i wywieziono do Oświęcimia. Do transportu tego dołączono wszystkich chorych z oddziału zakaźnego w którym przebywały dzieci i i dorośli. Prócz tego ludzie starsi podzielili los chorych. Dokonał ich selekcji niemiecki lekarz obozowy Hauptsturmführer dr Blanke. Jak później ustalono ludzie ci po wywiezieniu zostali zagazowani. Wymieniony niemiecki lekarz obozowy osobiście dozorował poszczególne baraki szpitalne bijąc niejednokrotnie personel, zarzucając mu, że za powoli i niekompletnie pracuje. Również i lekarze wszyscy zostali tego dnia ukarani 4-godzinnymi ćwiczeniami ponieważ wydawało mu się, że praca ich dnia tego nie była wystarczająca.

Dnia 5 i 6 sierpnia 1944 nastąpiło opróżnienie obozu. Do przygotowanych garniturów wagonów towarowych naładowano pod strażą uzbrojonych SS-sowców po kilkunastogodzinnym czekaniu na skwarze

po 100 do 120 osób do jednego wagonu. W transporcie tym we wagonach szczelnie zamkniętych, bez wody, bez możności załatwiania potrzeb naturalnych transportowani zmuszeni byli przebyć transport przez 5 pełnych dób wśród strasznych warunków. To też śmiertelność we wagonach była bardzo znaczna.

Piszący to sprawozdanie — wyznaczeni przez lekarza kierującego—zostali również wysłani transportem dnia 6 sierpnia 1944.

Dalsze losy obozu w Płaszowie jak również i szpitala są im wobec tego nieznane.

W związku z podanymi powyżej wydarzeniami „Historii wojennej szpitala Gminy żydowskiej w Krakowie", szpital przestał istnieć.. Nie ma dziś ani śladu inwentarza. Łóżek, pościeli, bielizny oraz urządzeń lekarskich. Przepadły całkowicie instrumentaria poszczególnych oddziałów, pracowni chemicznych, aparat rentgena, aparaty E. K. G. jak również urządzony zakład fizykalnego lecznictwa itd. Przepadła bogata biblioteka o historycznej wartości zawierająca około 8 do 10 tysięcy tomów.

Tradycja tak chlubnie zapisanego w historii polskiego szpitalnictwa zakładu przecięta i zniszczona została przez okupantów. Zakład ten, który przez przeszło 100 lat służył z pożytkiem chorym i dawał możność całym generacjom lekarzy kształcenia się w praktycznym zawodzie, zasługuje ze wszech miar na odbudowę.

OCENY

Odpowiedź na Uwagi krytyczne o książce prof. L. Zembrzuskiego „Dzieje kierunków, teoryj i doktryn filozoficzno-lekarskich"

Autor „Uwag krytycznych" powiedział sobie — lepiej późno niż nigdy i w sposób ostry, a miejscami złośliwy, sformułował swe zarzuty przeciw memu podręcznikowi, który ukazał się 10 lat temu. Kolega Pogonowski tłumaczy się że uwagi jego, chociaż spóźnione, są na czasie, ponieważ medycy i lekarze w całej Polsce uczą się historii medycyny z dzieła prof. Szumowskiego: „Historia medycyny filozoficznie ujęta" i z mojej książki. Z mej strony przepraszam, że dopiero teraz przesyłam Szanownej Redakcji „Przeglądu Lekarskiego" moją odpowiedź na uwagi dra Pogonowskiego, ale przesiedlenie się moje, połączone z tak wielkimi obecnie trudnościami, we wrześniu r. b. z województwa kieleckiego na Pomorze, a następnie wyjazd do Lublina na cykl wykładów w Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej, skąd niedawno powróciłem, może mnie usprawiedliwi.

Nie posiadam dowodów, ażeby w całej Polsce wszyscy medycy i lekarze „uczyli się" historii medycyny z mego podręcznika. Uczyli się z niego moi słuchacze przed wojną w Warszawie, niektórzy lekarze może go czytali, ale i jedno, i drugie już się skończyło. „Dzieje kierunków, teoryj i doktryn filozoficzno-lekarskich" napisałem nie, jak sądzi kol. Pogonowski, by „wznieść ołtarz doskonalszej pracy" od dzieła prof. Szumowskiego, i myśl podobna nie powstała w mej głowie, lecz uczyniłem to na prośbę mych słuchaczów III roku medycyny, którzy uważali, że „Historia medycyny..." prof. Szumowskiego wydaje im się zbyt obszerną i szczegółową dla przygotowywania się do kollokwium, oraz wyrażali życzenie, ażebym mógł podać chociaż w ogólnych zarysach dzieje medycyny polskiej. Uległem tej prośbie studiującej młodzieży i zdecydowałem się napisać rodzaj kompilacji, zapowiedziawszy, że jednym z podstawowych źródeł mej pracy będą pierwsze 2 części „Historii medycyny..." prof. Szumowskiego ażeby przynajmniej w streszczeniu słuchacze moi poznali przewodnie myśli w nich zawarte. Bardzo żałuję, że nie napisałem przedmowy do mego podręcznika z podaniem tego faktu, bo dzięki temu uniknęlibyśmy wielu nieporozumień, kwasów, sporów i zapewne „Uwag" kol. Pogonowskiego. Nie możemy się zaś obawiać konkurencji mej skromnej pracy z poważnym dziełem prof. Szumowskiego, ponieważ cały stosunkowo nie wielki nakład mojej książki, złożony w Domu medyków w Warszawie, uległ zupełnemu zniszczeniu przez okupantów niemieckich wraz z innymi analogicznymi wydawnictwami Koła medyków. Jeżeli znajdują się w Polsce po pogromie wojennym w rękach nielicznych lekarzy albo w prowincjonalnych Kołach medyków egzemplarze pojedyńcze mej pracy, to nie gra to żadnej roli i dlatego, polecając mym słuchaczom (tym razem z V roku medykom) w Lublinie podręczniki do nauki historii i filozofii medycyny, na pierwszym miejscu wymieniłem: „Historię medycyny filozoficznie ujętą" i „Logikę dla medyków" prof. Szumowskiego, a swoją książkę pominąłem milczeniem. Dodam, że w czasie mej pracy pedagogicznej w Warszawie, kandydatom na stopień doktora medycyny zawsze zalecałem przygotowanie się do egzaminu tylko z dzieła prof. Szumowskiego, a nie z mojej pracy. Nie wiem, co kol. Pogonowski miał na myśli, twierdząc, że nie przytoczyłem wiersza Asnyka „najdokładniej"; nie dałem go w całości, bo mi wystarczyło kilkanaście strof, jako swego rodzaju motto. Że tam gdzie Szumowskiego znamionuje ostrożność w wypowiadaniu sądów, ja zaś rzekomo „lubię" sprawę natychmiast rozstrzygać i to nawet „gdy nie mam do tego danych", to muszę koledze Pogonowskiemu na to dać następującą odpowiedź: według mego przekonania medykom, zwłaszcza niższych trimestrów, należy o ile możności podawać fakty w bardziej kategorycznej formie, wyłączającej pewne wątpliwe lub ostatecznie nie ustalone pojęcia, z którymi poradzić sobie mogą umysły bardziej dojrzale naukowo. Dlatego protestuję przeciwko porównaniu mej osoby z „damą starszą" Boya-Żeleńskiego, uważam siebie bowiem za człowieka zbyt poważnego, z pewnym doświadczeniem życiowym i naukowym i w wieku wcale podeszłym, zapewne starszym od dra Pogonowskiego.

Na ciężkie zarzuty Autora „Uwag", że opowiedziałem w mej książce „swoimi słowami" lub że częściowo „przepisałem" tekst prof. Szumowskiego,

odpowiem krótko: nie przypominam sobie, ażebym, jak sztubak, położył przed oczami cudzy tekst i streścił go lub wprost przepisał mechanicznie. Wszak, zdaje mi się, że i prof. Szumowski nie napisał swych rozważań historyczno-lekarskich tylko z głowy, ale oparł je również na dziełach i dokumentach, które i ja mogłem mieć w ręku i wykorzystywać na swój sposób; że niektóre ustępy w mej pracy brzmią tak, jak u prof. Szumowskiego, to już jest winą mej dobrej pamięci, w której utkwiły ustępy ujmowane przez Autora „Historii medycyny filozoficznie ujętej“ w sposób oryginalny, a bardzo trafiające mi do przekonania i zasługujące na ich uwzględnienie w mym kompilacyjnym podręczniku. Nie powoływałem się za każdym razem na prof. Szumowskiego, bo musiałbym to czynić dość często, ale uczyniłem to 2 razy: raz po krótkim streszczeniu ustępów o nerwicach i psychozach średniowiecznych, jako myśli i oświetlenia faktów, których nie znam z innych dzieł i podręczników, oraz — po wtóre — przy końcu mej książki (str. 219) śród źródeł, którymi się posiłkowałem, a gdzie nazwisko prof. Szumowskiego znalazło się nie na pierwszym miejscu na skutek układu w porządku alfabetycznym autorów. Kolega Pogonowski zarzuca mi dalej, że w poglądach własnych niekiedy nie mam słuszności: jest to twierdzenie gołosłowne. Wcale nie przeczę, ażeby książka moja nie zawierała błędów, od których nie jest wolnym żadne dzieło ludzkie; dzieła, monografie i podręczniki historyczne nie bywały i nie są pozbawione pewnych nieścisłości i omyłek, które dzięki badaniom specjalistów ulegają z czasem sprostowaniu albo innemu oświetleniu, bo bez tego pomiędzy innymi nie byłoby postępów w historiografii. Nie cofam swego powiedzenia o filozofii Plotyna (a nie miałem na myśli filozofii w ogóle), ponieważ w moim przekonaniu mistycyzm jego w epoce chylącej się do upadku medycyny klasycznej nie mógł jej ożywić pozytywnymi pierwiastkami.

O Mesmerze, o jego praktykach i seansach powziąłem sąd jako o kuglarzu i kuglarstwie. Bo inaczej metod jego kuracyj nazwać nie mogę. Jednak oddaję Mesmerowi w pewnym stopniu sprawiedliwość, a czego być może kolega Pogonowski nie zauważył, gdyż na str. 148 i 149 podaję, że to, czym ten sprytny „magnetyzer“ oddziaływał na swych pacjentów, było sugestią i że mesmeryzm torował drogę do hipnozy; uważałem na tych wzmia kach za stosowne poprzestać. Co do Schellinga, to istotnie zaatakowałem go dość ostro z powodu jego filozofii, która chciała niemal dyktować prawa przyrodzie; ale i prof. Szumowski nie okazał się tak bardzo liberalnym wobec tego niemieckiego filozofa, co potwierdza jego sąd o nim w „Logice dla medyków“ (str. 6 ustępu), gdzie mówi, że Schelling z własnej głowy stworzył przy biurku swoją filozofię przyrody, nie oglądając się na samą przyrodę. Tego rodzaju systemy filozoficzne chyba nie wiele mogą dawać medycynie.

Van Swietena opuściłem i pod tym względem poczuwam się do winy. Przyznaję też, że podanie w mej książce daty założenia Akademii Jagiellońskiej (rok 1401 zamiast 1400) stanowi gruby błąd, który wkradł się może na skutek mego przeoczenia, a może z innego powodu. Rzecz bowiem miała się tak, że 2 pierwsze korekty mej pracy przeprowadzałem sam, zaś tzw. rewizji podjęli się dokonać moi słuchacze, ale zawiedli mnie; być więc może, że ta fałszywa data stanowi fatalną omyłkę zecerską tak, jak nieprzyjemnie razi w mej książce spora ilość błędów drukarskich, z których kolega Pogonowski delikatnie przytoczył tylko jeden: „filozofii“ zamiast „fizjologii“ (str. 199).

Ogólne moje określenie końcowe (na str. 174) mój Oponent nazwał mętnym; być może, iż nie dla wszystkich umysłów jest ono dość przejrzystym. Pracy prof. Witkowskiego o Mikołaju z Polski nie znam, ale to, co wiem o jego działalności lekarskiej, nie upoważnia moim zdaniem, do przypisywania mu szczególnych zasług dla medycyny polskiej.

Kol. dr Bilikiewicz, jak widzę, swym „złośliwym sądem“ o mym podręczniku, wyrządził mi niedźwiedzią przysługę, tym bardziej, że go o recenzję nie prosiłem, natomiast wdzięczny jestem koledze Pogonowskiemu za jedno chociaż życzliwe zdanie, że jedynie lepiej opracowałem historię medycyny polskiej, którą podałem „oryginalnie i dokładniej“.

Na zakończenie mej odpowiedzi oświadczam, że moje „Dzieje kierunków, teoryj i doktryn filozoficzno-lekarskich“ stanowią kompilację, jak gdyby skrypt dla mych słuchaczów warszawskich, że chociaż w dużej części wzorowane są na dziele prof. Szumowskiego, to jednak posiadają one inny układ, zawierają często inne myśli i oświetlenia faktów, że historię medycyny nowożytnej opracowałem samodzielnie i że wreszcie uzupełniłem swą pracę w odróżnieniu od prof. Szumowskiego rysem dziejów medycyny polskiej. Nie ukrywam też własnych błędów w imię prawdy naukowej.

Ludwik Zembrzuski

Osowa Góra-Pomorze — Grudzień 1945 r.

Odpowiedzią prof. dra L. Zembrzuskiego Redakcja kończy polemikę w powyższej sprawie.

Redakcja.

SZUMOWSKI WŁADYSŁAW dr w. n. lek., dr fil., prof. historii i filozofii medycyny w U. J., **Logika dla medyków** (Wykłady uniwersyteckie), Kraków, Gebethner i Wolff, druk. Anczyca, 1939, wielka 8-ka, str. VII+108.

Kiedy w r. 1920 Ministerstwo Oświaty, zgodnie z pierwszą naszą ustawą o studiach lekarskich, wstąwiło w program wykładów Logikę dla medyków, nie posiadaliśmy odpowiedniego podręcznika. Istniało wprawdzie znakomite i nieporównane dzieło Władysława Biegańskiego: Logika medycyny (1894), którego drugie, przerobione wydanie (1908) przełożone było także na język niemiecki (1909), to jednak nie odpowiadało ono potrzebom medyków. Biegańskiego Logika medycyny była właściwie krytyką poznania lekarskiego. Krytykować poznanie lekarskie — jak słusznie zauważa Szumowski w przedmowie swego podręcznika, — może dopiero lekarz-filozof bardzo

już wyrobiony. Medykom, i to medykom z I roku studiów (bo ich miało na myśli rozporządzenie ministerialne), potrzeba czego innego. Potrzeba im wiadomości elementarnych, stanowiących „podstawę logiczną wszelkiej medycyny, zarówno eksperymentalnej, jak klinicznej, zarówno teoretycznej, jak i praktycznej“, chodzi bowiem przede wszystkim o to, „aby medyk w czasie studiów nauczył się, jak ma unikać błędów“ (słowa Szumowskiego).

Pragnąc się zastosować do rozporządzenia rządowego, nasze Wydziały Lekarskie radziły sobie, jak mogły. Nie wszędzie czyniono to celowo. Nie celowe bowiem było np. zlecanie wykładów specjalistom filozofom, wcale nie umiejącym ścisłej logiki formalnej zastosować do medycyny. I tu znowu ma słuszność Szumowski utrzymując, że logikę dla medyków powinien wykładać profesor filozofii medycyny, a co najmniej **lekarz**, który z zamiłowania zaznajomił się z przedmiotem.

Systematyczny wykład Logiki dla medyków bezpośrednio po wymienionym rozporządzeniu, tj. od roku 1920, rozpoczął się *de facto* tylko w Krakowie, dzięki prof. Szumowskiemu, który też poprowadził go od tego czasu stale. Wprawdzie nowe rozporządzenie Ministerstwa Oświaty o organizacji studiów lekarskich z r. 1928 nie wymienia już logiki, mówiąc jedynie ogólnie o historii i filozofii medycyny, niemniej jednak Szumowski wykładał nadal logikę dla medyków, a nabrawszy w tym przedmiocie niemałego doświadczenia pedagogicznego, postanowił w roku 1938 przystąpić do wydania drukiem swych wykładów. Tak powstał podręcznik o zasadniczym znaczeniu. Całość składa się z 10 rozdziałów, odpowiadających dziesięciu wykładom jednogodzinnym. Cały kurs obejmuje bowiem tylko 10 godzin.

Tytuły rozdziałów są następujące: *I. Logika a studia medyczne dawniej i dziś. II. Fakty naukowe i ich analiza, III. Spostrzeżenie i obserwacja, IV. Badania eksperymentalne, V. O związku przyczynowym, wnioskowanie indukcyjne, reguły Milla, VI. Statystyka, VII. Wnioskowanie z analogii, VIII. Uogólnianie, prawa naukowe, IX. Układy, hipotezy, klasyfikacja, X. Błędy logiczne w medycynie.*

Dla przykładu i bliższego zorientowania czytelnika powtórzę ze spisu rzeczy skrót treści, dajmy na to rozdziału III: *Różnica między spostrzeganiem a obserwowaniem — Zbieramy spostrzeżenia przy pomocy zmysłów — Zmysł wzroku najważniejszy — O spostrzeżeniach błędnych — Niekiedy nie spostrzegamy faktu istniejącego, albo spostrzegamy fakt nieistniejący, albo przeinaczamy fakt — Źródła błędów — Analiza spostrzeżenia — Znaczenie faktu — Rola teorii — Obiektywny opis — Status praesens — Anamneza — Wprawa.*

Nie wątpię, że samo przeczytanie przeglądu treści zachęci niejednego lekarza do zaopatrzenia się w ten ze wszech miar pouczający i ciekawy podręcznik. Bo nie trzeba brać dosłownie tytułu i mniemać, że taka książka jest potrzebna jedynie młodym medykom. Rzecz ma się inaczej. Lekarzom już dojrzałym, lekarzom nawet uczonym, nie można dość często przypominać potrzeby przyswojenia sobie podstawowych zasad logiki w medycynie. Mam przekonanie, że lekarz z przyjemnością i korzyścią będzie przerzucał kartki podręcznika Szumowskiego i będzie się z rosnącą uwagą wczytywał w jego wywody. Pozostańmy dla przykładu przy wspomnianym wyżej rozdziale trzecim. **Niedostrzeganie faktu istniejącego** jest w medycynie zjawiskiem bardzo częstym. Student, a nawet lekarz-praktykant, który nie widział jeszcze osutki syfilitycznej, często jej nie dostrzega, zwłaszcza gdy występuje nie dość wyraźnie. Przez tysiące lat lekarze nie dostrzegali plamek opisanych dopiero z końcem XIX wieku przez Koplika, a decydujących o rozpoznaniu odry już w pierwszych dniach tej choroby. Lekarz domowy często nie spostrzega poważnych nawet objawów, występujących w przebiegu długiej jakiejś choroby u leczonego przezeń pacjenta. Przeoczył nowy objaw, gdyż uwaga jego była skierowana w inną stronę, — w stronę rozpoznania już sformułowanego, nieraz apriorystycznego, które okazuje się mylnym. Dlatego to tak często drugi lekarz, wezwany na naradę, spostrzega odrazu to, czego nie widział tamten. **Jakże często na odwrót, spostrzega się fakt nieistniejący!** Nie potrzeba sięgać do dawnych wieków, kiedy to przyrodnicy opisywali nieistniejące zwierzęta, a lekarze nieistniejące zjawiska chorobowe (gada, żabę, djabła). Nowocześni wynalazcy nowych metod leczniczych lub operacyjnych jakże często przekonani są o ich skuteczności tam, gdzie ona jest tylko złudzeniem. Doświadczenie z tuberkuliną dowiodło, ile to tysięcy zapaleńców padło ofiarą złudzenia, wierząc, że Koch wynalazł w istocie środek na gruźlicę. Istnieje wreszcie trzecia kategoria błędów w spostrzeganiu: **spostrzegamy wprawdzie fakt istniejący, ale nadajemy mu nieistniejące znaczenie.**

Dla mniej obznajomionych z tym działem nauki książka Szumowskiego będzie lekturą niezwykle zajmującą, odkryje im zupełnie nowe horyzonty. Gdybyśmy się jednak wyrazili utartym zwrotem recenzentów, że się ją czyta „jednym tchem z niesłabnącym zainteresowaniem“, przynieślibyśmy jej ujmę Bo Logika medycyny, a nawet Logika przystępnie napisana dla medyków, to nie powieść. Podręcznik Szumowskiego należy czytać powoli i uważnie, z przestankami, odwracając nieraz z powrotem wstecz kartki dla tym dokładniejszego przyswojenia sobie terminów i definicyj.

Czytając ją, nie zapominajmy, że jest to *novum* nie tylko w naszym piśmiennictwie. Książki podobnej nie posiada żadna literatura. Pod pewnymi względami uzupełnia ona nawet znakomite dzieło Biegańskiego, z którym autor — jak sam zaznacza — niezawsze się zgadza. Nie znaczy to, żeby nie uznawał w Biegańskim mistrza, któremu zawdzięczamy stworzenie i ugruntowanie w medycynie swoistego kierunku filozoficznego, będącego naszą chlubą w oczach innych narodów. Podręcznik Szumowskiego jest w dorobku polskiej szkoły filozoficzno-lekarskiej dalszą, trwałą zdobyczą.

Język wykładu jest jasny, przejrzysty, łatwo zrozumiały, każde słowo właściwie użyte, — zaleta, znana już z poprzedniego podręcznika tegoż autora, z Historii medycyny filozoficznie ujętej. Przydługie, obce duchowi naszego języka, zawiłe okresy z mnóstwem zdań wtrąconych, tak obciążające wiele na-

szych podręczników, są Szumowskiemu zupełnie nieznane. Wszystko tu jest zwięzłe. Nie spotykamy powtarzania się, tej tak częstej wady tekstów nieprzemyślanych i nieuporządkowanych. Nie ma rozdłubywania szczegółów, właściwego pracom niemieckim, a tak obniżającego dydaktyczność wykładu. Sposób przedstawienia jasnością swą przypomina styl najlepszych wzorów francuskich.

Niezwykle wprost staranna jest korekta. Rzadko można, niestety, w naszym piśmiennictwie spotkać druk tak nienaganny. W parze z tym idzie świetna poprostu estetyczna forma zewnętrzna, typograficzna. Nie mogło być inaczej, skoro książka wyszła z najdoskonalszej polskiej drukarni, gdzie krój czcionek, farba drukarska, odstępy, techniczne rozplanowanie rozdziałów, papier wreszcie — wszystko to graniczy z doskonałością. Rzec można, że jednak nawet u Anczyca nie każda książka się tak udała [1]).

Dr Witold Ziembicki
profesor historii medycyny

[1]) Dowiadujemy się, że reszta nakładu z r. 1939 jest w handlu księgarskim (na składzie głównym u Gebethnera i Wolffa i w innych księgarniach) w cenie 110 zł za egzemplarz.

Dr PALUCH EMIL. **Zwalczanie chorób zawodowych.** Nakł. Państwowej Szkoły Higieny Oddział Higieny Pracy. Łódź 1946 str. 94. Praca jest compendium zbierającym w sposób treściwy najważniejsze wiadomości z dziedziny patologii, symptomatologii i profilaktyki chorób zawodowych z dziedziny ustawodawstwa i orzecznictwa. Celem jej jest zaspokojenie potrzeb lekarzy niespecjalistów w zakresie walki z chorobami zawodowymi. Studium tego pożytecznego ze wszech miar wydawnictwa wykazuje, że korzystać zeń mogą i nielekarze, że przyniesie ona duży pożytek również w rękach higienistki społecznej, inżyniera lub technika bezpieczeństwa pracy, inspektora pracy czy też innego na tym polu działacza. Wydawnictwa z dziedziny higieny pracy były w Polsce rzadkością. W piśmiennictwie polskim mieliśmy zaledwie dwie większe monografie o chorobach zawodowych: B. Handelsmanna— Choroby zawodowe oraz Goreckiego Z. Zagórskiego W.— Pylice płuc .Drobne prace w zakresie chorób zawodowych publikowane były w zawodowych czasopismach. Materiały te wskutek zniszczeń wojennych stały się prawie niedostępne. To też wydawnictwo wypełnia dotkliwą lukę, zwłaszcza że liczba lekarzy wyszkolonych jako tako w higienie pracy jest w kraju znikomo mała i funkcje lekarzy fabrycznych muszą pełnić lekarze nie będący w tej dziedzinie specjalistami.

Compendium napisane zostało starannie, dobrym, jasnym stylem. Zasługuje na jak największe rozpowszechnienie.

Dr J. Hozer.

Dr F. K. WALTER, prof. U. J. Historia penicyliny, str. 16. Kraków 1946. Nakładem S. A. Krzyżanowskiego.

W słowach prostych, zdaniami krótkimi maluje nam autor w przemiłych barwach bieg zdarzeń, które doprowadziły do odkrycia penicyliny. W miarę zapoznawania się z treścią, czytelnik przeobraża się w widza. Przedewszystkiem z wielkiem zajęciem ogląda płytkę agarową na której osiadł natręt — przybłęda zarodek kropidlaka. Dalej widzi w różnych pracowniach rzesze oddanych poszukiwaniom badaczy. A po latach ich mozołu cieszy się zbawiennym działaniem uzyskanego przetworu. A w końcu dowiaduje się o możliwościach, które przyszłość obiecuje. Rzecz przeznaczona dla szerokiego ogółu. Przeczyta ją każdy nietylko z wielkim zajęciem, ale z jeszcze większą przyjemnością. Widzę te pogodnie uśmiechnięte twarze wpatrzone w Historię penicyliny. Bo chociaż autor podnosi, że tu chodzi o odkrycie o doniosłem znaczeniu dla kultury, to nam drogę do niego zdołał przedstawić tak, że w czytaniu wygląda na beztroską sielankę.

K. Z.

ZE ZWIĄZKU LEKARZY UBEZP. SPOŁ.

ROKOWANIA ZWIĄZKU LEKARZY U.S. z Z.U.S.

Dnia 28 stycznia b. r. rozpoczęły się rokowania w Łodzi między Związkiem Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych a Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

Tematem rokowań było podniesienie lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych i ściśle związana z tym sprawa poborów lekarzy.

Ustalono zgodnie, że u pełnozatrudnionego lekarza wynagrodzenie miesięczne wystarczy zaledwie na parę dni życia. — Ze strony Z. U. S. oświadczono, że zapewnienie lekarzom minimum egzystencji nie jest w obecnych warunkach możliwe ze względu na katastrofalny stan finansowy Ubezpieczalni Społecznych. — Jednak Z. U. S. w porozumieniu z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej będzie dążył do poprawy bytu lekarzy.

Podniesiono również sprawę wyrównania poborów od 1. VII. 1945 do wysokości obowiązujących poborów według okólnika Z. U. S. nr 132 z grudnia 1945 r., następnie sprawę wynagrodzenia za mieszkanie, stołówek dla lekarzy i wynagrodzenia lekarzy za orzecznictwo.

Uzgodniono, że następna konferencja ma się odbyć około 15 lutego b. r. w Krakowie.

Odbyła się faktycznie 12. III 46. — Poniżej podajemy protokół tej konferencji.

Protokół

z konferencji odbytej w dniu 12 marca 1946 w Krakowie w Gmachu Ubezpieczalni Społecznej, między Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie, z tymcz. siedz. w Łodzi reprezentowanym przez

1) dyr. Działu Nadzoru Lecznictwa dyr. Rohloffa Kazimierza

2) st. insp. leczn. Zak. Ubezp. Społ. dra Filipowicza Pawła i Związkiem Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych, reprezentowanym przez

1) Prezesa Związku dra Gołąba Jana
2) Wiceprezesa Związku dra Czapnickiego Henryka
3) Członka Zarządu Związku dra Bibersteina Aleksandra
4) Członka Zarządu Związku dra Gradeckiego Miłosza
5) Członka Zarządu Związku dra Jaronia Włodzimierza
6) Członka Zarządu Związku dra Martyńskiego Stanisława

w sprawie ustalenia nowych norm uposażeń lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych zaproponował następujące normy uposażeń lekarzy wymienionych w art. 1 „Zasad ogólnych"

1) uposażenie zasadnicze: za godz. pracy lekarskiej miesięcznie zł 1000
2) dodatki za wysługę lat przewidziane w § 5 art. 11 „Zasad" obliczone od uposażeń zasadniczych
3) zwrot za używanie gabinetów własnych lekarzy w wysokości zł 200 za godzinę obliczeniową uposażenia
4) zwrot za siłę pomocniczą zatrudnioną przez lekarza w wysokości zł 200 za godz. obliczeniową w wypadkach udowodnionego zatrudnienia.

Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych proponuje:

1) uposażenie zasadnicze za godz. pracy lekarskiej miesięcznie zł 1000 do 1250 w zależności od warunków miejscowych według uzgodnionej decyzji poszczególnych Ubezpieczalni Społecznych i miejscowej organizacji lekarskiej;
2) dodatki za wysługę lat przewidziane w art. 11 § 5 „Zasad ogólnych";
3) tytułem zwrotu kosztów za wydatki rzeczowe związane z pracą w Ubezpieczalni w wysokości zł 400 za godzinę obliczeniową (wliczając w to siłę pomocniczą lekarza);
4) wydatki na uposażenie lekarzy wymienione w punktach 1 i 2 nie mogą przekroczyć 20% przypisu składek z tytułu ubezp. chorobowego.

Po przeprowadzonej dyskusji, wobec nieosiągnięcia porozumienia, przedstawiciele Związku Lekarzy oświadczyli, że przyjmują do wiadomości nieuzgodnione warunki proponowane przez przedstawicieli Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tym, że będą one wprowadzone od dnia 1 stycznia 1946, a propozycje Związku Lekarzy będą przedmiotem rozważań i obustronnych pertraktacji.

Przedstawiciel Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Dyrektor Działu Rohloff ze swej strony oświadcza, że Zakład Ubezpieczeń niezwłocznie przystąpi do ponownego zbadania możliwości finansowych Ubezpieczeń Społecznych w kierunku zmiany swoich propozycji i uzgodnienia swego stanowiska z Władzami Nadzorczymi, oraz że Zakład czyni i będzie w dalszym ciągu czynił starania o poprawę warunków aprowizacyjnych lekarzy Ubezpieczalni.

Kraków, dnia 12 marca 1946.

Rohloff Kazimierz, dr Filipowicz Paweł.

Dr Gołąb Jan, dr Czapnicki Henryk, dr Biberstein Aleksander, dr Grodecki Miłosz, dr Jaroń Włodzimierz, dr Martyński Stanisław.

Przedmiotem konferencji nie były sprawy stawek za badania emerytalne z ubezpieczenia wypadkowego, ubezpieczenia emerytalnego robotników i ubezpieczenia pracowników umysłowych, a to z powodu nieobecności właściwego referenta.

Nie było też na porządku dziennym sprawy uposażenia lekarzy szpitalnych. Sprawy te są w tej chwili przedmiotem uzgodnień pomiędzy Ministerstwem Pracy i O. S. a Ministerstwem Zdrowia. Po międzyministerialnym uzgodnieniu Związek otrzyma konkretne propozycje.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 11 października 1945

Prof. Walter wita gościa Towarzystwa doc. dra Constanta Brücka ze Stokholmu, podnosząc przyjaźń jaka łączy Polskę ze Szwecją, która tak chętnie i ofiarnie spieszy z pomocą Polsce zniszczonej przez wojnę.

Doc. Brück dziękuje za miłe wyrazy, skierowane pod adresem jego ojczyzny, po czym wygłasza odczyt pt.: „Najnowsze zdobycze w walce z chorobami wenerycznymi".

Prelegent na początku charakteryzuje organizację walki z chorobami wenerycznymi w Szwecji, podając cyfrowe zestawienia przypadków kiły, które w stosunku do innych krajów są stosunkowo niskie. Omawiając zagadnienie leczenia rzeżączki związkami sulfamidowymi podnosi fakty istnienia szczepów gonokoków chemo-opornych, stwierdzanych coraz częściej; Z tego powodu w Szwecji dzisiaj podaje się duże dawki tiazolów po 6,0 w ciągu 3 dni. Równocześnie, aby zorientować się, jak dany przypadek będzie się leczyć, instytuty serologiczne przeprowadzają badania bakteriologiczne na pożywkach nad wrażliwością danych gonokoków na sulfanilamidy *in vitro*. Stwierdzono bowiem bardzo ciekawy i mający niezwykle doniosłe znaczenie praktyczne fakt, że gonokoki oporne na leczenie *in vivo* zachowują się tak samo i *in vitro* wobec leków (Hagermann i Schmit). Do tego celu najlepiej nadaje się pożywka Hagermanna z hematyną (zmodyfikowana pożywka tzw. „czekoładowa"), na której przeprowadza się te badania. Przechodząc do leczenia penicyliną podniósł prelegent jej zalety w leczeniu rzeżączki (200 przypadków przebadanych), po czym przeszedł do omawiania zagadnienia leczenia kiły. Prelegent stoi raczej na stanowisku leczenia dotychczasowego sprzężonego, bizmutowo-salvarsanowego czy mapharsenowego. Leczenie kiły penicyliną jest jeszcze sprawą świeżą, otwartą — wnioski praktyczne ze względu na charakter tego cierpienia są jeszcze nieaktualne na szerszą skalę. Prelegent nie rozporządza zresztą jeszcze dużym doświadczeniem, gdyż klinika sztokholmska stosuje penicylinę dopiero od czasu kapitulacji Niemiec.

W dyskusji nad odczytem zabiera głos prof. Walter, który streszczając i tłumacząc na język polski wywody prelegenta podkreśla jeszcze raz główne wytyczne jego odczytu. W dalszym ciągu dyskusji zabrał jeszcze głos prof. Szumowski, po czym prof. Walter zamykając posiedzenie dziękuje jeszcze raz doc. Brückowi za piękny wykład.

Protokół

posiedzenia naukowego z dn. 17 października 1945

Dr Sokołowski z Kliniki wewnętrznej U. J. przedstawia: „Przypadek czerwienicy wtórnej z współistniejącym równocześnie zespołem nerki torbielowatej oraz rozległymi zmianami w zakresie żył po przebytym zapaleniu zakrzepowym" i omawia wzajemny stosunek tych zespołów klinicznych (rzecz ukaże się osobno w druku).

W dyskusji na tym przypadkiem zabiera głos prof. Tempka i to odnośnie tylko do jednej grupy objawów demonstrowanego przypadku, mianowicie odnośnie do nerki torbielowatej; zaznacza, że we wszystkich spostrzeganych przez siebie przypadkach tej rzadkiej choroby zauważył znaczny niestosunek między stale wysokim tu poziomem azotu pozabiałkowego w surowicy krwi, a stosunkowo dobrym samopoczuciem tych chorych i, co ważniejsze, znaczną ich energię życiową, w przeciwieństwie do osobników cierpiących na nerkę marską z wysoką azocicą; ten sam objaw zachodził również i u króla Stefana Batorego, który według zapisków pozostawionych przez jego lekarzy przybocznych, a popartych również i wynikiem oględzin zwłok, cierpiał niewątpliwie na nerkę marską, a mimo to okazywał wielką żywotność fizyczną i psychiczną tak jako król jak i jako polityk, wódz i myśliwy i to w czasach, w których wykonywanie tych wszystkich czynności nastręczało daleko więcej trudności niż dzisiaj. Przyczyny tego objawu możnaby się dopatrywać może w okoliczności, że w nerce torbielowatej sprawa pierwotna tkwi i zaczyna się w obrębie podścieliska, sam zaś miąższ nerkowy, jakkolwiek bardzo skurczony, zachowuje jednak do ostatka znaczną sprawność. Ze spostrzeżeń tych wynika również, że — jak to od dawna jest już zresztą znane — zachowanie się azotu pozabiałkowego surowicy krwi nie jest samo przez się bezwzględnym odbiciem sprawności miąższu nerkowego.

W dalszym ciągu posiedzenia odbyła się dyskusja nad odczytem doc. dr Janiny Kowalczykowej pt.: „Zagadnienie ziarnicy złośliwej".

Pierwszy zabiera głos dr Jakóbiec, który w nawiązaniu do stwierdzenia prelegentki o zwiększeniu się ilości sekcyjnej przypadków ziarnicy w ostatnim dziesięcioleciu podniósł zwiększenie się ilości przypadków ziarnicy w I Klinice Chor. Wewnętrznych U. J. (w okresie okupacji dr Jakóbiec w Klinice nie pracował). W zwiększeniu się ilości obserwowanych przypadków ziarnicy pewną rolę odgrywa także wzmożony obecnie ruch ludnościowy. Co do umiejscowienia zmian ziarnicowych, to w obserwowanym materiale na pierwszym miejscu stwierdza się zajęcie gruczołów śródpiersia, gruczołów zewnętrznych, szyjnych nad- i podobojczykowych, w dalszym ciągu gruczołów jamy brzusznej. Powiększenie wątroby i śledziony stwierdza się nie zawsze. Zmian narządowych, kostnych i skórnych ostatnio nie obserwowano. Co do etiologii schorzenia przytacza dysputant obserwacje szeregu autorów o odosobnionych zmianach ziarnicowych narządów jak gardzieli, żołądka, które były operacyjnie usunięte i częstokroć nie stwierdzono w ciągu kilkuletniej obserwacji uogólnienia choroby. Znane są także wypadki transplacentarnego zakażenia płodu.

Na tej podstawie ogólnie jest przyjęty dziś pogląd o etiologii zakaźnej ziarnicy. Nader obfite badania bakteriologiczne w których starano się udowodnić swoistość całego szeregu bakterii z gruźlicą na czele nie dały jednak dotychczas pozytywnych wyników. Problem etiologii ziarnicy jest w dalszym ciągu otwarty.

Co do pochodzenia komórek Sternberga, to na podstawie obserwacji tych komórek w rozmazach bioptycznych udowodniono, że komórki te powstają z młodych komórek siateczki. W dalszym ciągu podniósł dysputant znaczenie badań bioptycznych w rozpoznawaniu ziarnicy i trudności diagnostyczne wczesnych jej postaci.

W zakończeniu zwrócił uwagę na możliwość rozpadu guzów ziarnicowych i przedstawił zdjęcie klatki piersiowej pacjenta z ziarnicą złośliwą, ilustrujące duży rozpad guza śródpiersia.

Doc. Tochowicz po omówieniu trudności rozpoznawczych ziarnicy złośliwej w Klinice chorób wewnętrznych (ziarnica złośliwa odosobnionych narządów wewnętrznych, postać uogólniona mająca przebieg ostry oraz ziarnica złośliwa z ciężkimi powikłaniami ze strony narządów krwiotwórczych) przypomina, że próba Gordona nie jest swoistą dla ziarnicy złośliwej, a jej dodatni wynik jest tylko według autorów amerykańskich wynikiem zawartości ciałek kwasochłonnych białych w zawiesinie wstrzykniętej domózgowo królikom. Co do etiologii samej sprawy chorobowej to doc. Tochowicz stoi na stanowisku, że ze względu na częstość współistnienia gruźlicy przy tej jednostce chorobowej, raczej należy przychylić się do zdania, że zakażenie może być tym czynnikiem uczuleniowym do zmian charakterystycznych dla ziarnicy złośliwej w układzie siateczkowo-śródbłonkowym.

Dr Szczeklik podkreśla zwiększenie się ilości przypadków ziarnicy złośliwej tuż przed wojną i w latach wojny na Oddziele I B szpit. św. Łazarza. W okresie przedwojennym spostrzegano na Oddziele I B przypadki ziarnicy złośliwej potwierdzone badaniem histologicznym wycinków gruczołowych, które cyfrowo wyrażały się następująco: na ogólną ilość chorych wynoszącą przeciętnie 1.300 w roku było przypadków ziarnicy złośliwej w 1932 r. — 2; w 1933 r. — 4; w 1934 r. — 6; w 1936 r. — 7; w 1938 r. — 12.

W okresie wojennym stwierdzono na ogólną ilość leczących się chorych stałych w 1939 r., 1.319 — 9 przypadków; w 1940 r., 1.197 — 11; w 1941, 1.349 — 11; w 1942, 1.448 — 17; w 1943 r., 1535 — 10; w 1944 r., 1594 — 6; w 1945 r. do października, 1.064 — 8.

W latach 1939 do 1945 r. leczyło się na ziarnicę złośliwą 40 mężczyzn, 32 kobiety, przy czym ogólna ilość leczących się na Oddziele I B kobiet była nieco wyższą od ogólnej ilości leczących się mężczyzn. Wiek chorych wahał się od 15 do 78 lat. Od 10 do 20 lat było 10 chorych, od 21 do 30 lat — 21 chorych, od 31 do 40 lat — 19 chorych, od 41 do 80 lat — 22 chorych.

Spostrzeżenia anatomo-patologiczne prelegentki co do zmiany obrazu ziarnicy złośliwej są słuszne i potwierdzają się również w klinice, gdyż rzeczywiście coraz rzadziej spotyka się ziarnicę złośliwą, w której występują duże powiększenia gruczołów obwodowych, zwłaszcza szyjnych. Natomiast w obrazie klinicznym przeważają obecnie przypadki z lokalizacją w gruczołach śródpiersia i gruczołach jamy brzusznej, zwłaszcza ułożonych głęboko i powyżej *lig. Pouparti*. Ta ostatnia postać jest dość oporna na leczenie promieniami Rentgena i jeśli nawet powiększenie gruczołów ustępuje, to pozostawia po sobie zpowodu ucisku na duże naczynia kończyn dolnych obrzęki tychże kończyn. Kol. Szczeklik spostrzegał rzadki przypadek ziarnicy złośliwej, która rozpoczęła się klinicznie jako *appendicitis* zoperowana zresztą przez chirurga. W kilka miesięcy później rozwinęła się u tego chorego typowa ziarnica złośliwa z głównym umiejscowieniem w jamie brzusznej, a potwierdzona badaniem histologicznym. Przypadek ten dotyczył młodego chłopca i charakteryzował się kilkuletnim przebiegiem choroby i długimi okresami przerwy, jakie następowały po leczeniu rentgenologicznym.

W ziarnicy złośliwej spostrzega się niejednokrotnie równoczesne występowanie gruźlicy gruczołowej. Przypadki te należy tłumaczyć raczej współistnieniem dwóch różnych spraw chorobowych, niż przechodzeniem jednej sprawy w drugą. W przypadkach tych powinno się być ostrożnym z naświetlaniami promieniami Rentgena, które uczynniają proces gruźliczy i powodują rozsianie gruźlicy w innych narządach (często ogólna gruźlica prosówka).

Zawód, środowisko, okolica kraju nie odgrywają roli, jeśli chodzi o zapadalność na ziarnicę złośliwą. Natomiast nie ulega wątpliwości, że ziarnicę złośliwą częściej spostrzega się u osobników fizycznie podupadłych, przebywających w gorszych warunkach życiowych, przez to odpornościowo słabszych. Zakaźności ziarnicy złośliwej nie spostrzegano wśród chorych Oddziału I B. Menstruacja, ciąża nie wpływają ujemnie na przebieg ziarnicy złośliwej — jak to wynika z obserwacji własnych przypadków. Natomiast w jednym przypadku ziarnicy złośliwej spostrzegał kol. Szczeklik częściowe cofnięcie się zmian ziarniczych i chwilowe zatrzymanie się procesu chorobowego pod wpływem róży, którą przypadkowo chora przebyła w przebiegu leczenia szpitalnego.

Etiologia ziarnicy złośliwej jest nadal nieznaną. Niemniej, tak spostrzeżenia kliniczne jak badania anatomo-patologiczne, zdają się przemawiać raczej na korzyść tła przewlekłego zapalnego, a nie nowotworowego. Za tym świadczą również spo-

strzeżenia z Oddziału I B poczynione na materiale ziarnicy złośliwej z ostatnich lat. I tak wiek chorych na ziarnicę złośliwą (od najmłodszych lat do późnej starości) wskazuje, że nie ma żadnego okresu w życiu ludzkim, który byłby szczególnie podatnym na to schorzenie, jak to przeważnie spostrzega się w nowotworach złośliwych. Następnie przebieg kliniczny z okresowymi gorączkami i okresowymi remisjami cierpienia, długotrwałość schorzenia, które nieraz przeciąga się przez szereg lat, przemawiać może za tłem zapalnym, jeśli już nie zakaźnym, ziarnicy złośliwej. Wreszcie większa zapadalność na ziarnicę złośliwą w okresie obecnej wojny, przypuszczalnie uwarunkowana gorszym odżywieniem, mało higienicznym trybem życia i przede wszystkim specyficznymi czynnikami wojennymi osłabiającymi odporność ustroju świadczyłaby również przeciw teorii nowotworowej ziarnicy złośliwej.

Dr Wysocka stwierdza, że w Oddziele zakaźnym szpitala św. Łazarza w Krakowie od początku wojny do chwili obecnej przebywało 11 przypadków ziarnicy złośliwej, z nich jeden zasługuje na specjalną uwagę dzięki wyjątkowo ciekawym objawom.

Chora lat 38 zachorowała nagle wśród dreszczy, wysokiej gorączki, bólów głowy, następnie bólów oka lewego. Po tygodniu, dnia 28XI 1944 r. została przywieziona na Oddział zakaźny bez gorączki z gwałtownymi bólami oka lewego, znacznym wysadzeniem gałki ocznej ku przodowi, osłabieniem wzroku, podwójnym widzeniem, ograniczeniem ruchomości gałki ocznej, objawami oponowymi słabo dodatnimi.

Płyn mózgowo-rdzeniowy prawidłowy, pod silnie wzmożonym ciśnieniem. Leukocytoza 12000. Inne badania pomocnicze dały wynik ujemny.

Rozpoznanie okulistyczne: *cellulitis orbitalis sin. c. atrophia n. optici incipiens.* Chorą przeniesiono na klinikę okulistyczną. Wykonano tam orbitotomię lewostronną, stwierdzając brak wydzieliny ropnej, a jedynie nierówność okostnej sklepienia oczodołu, pozwalającą podejrzewać *periostitis.* Zabieg ten nie rozwiązał sprawy. W najbliższym czasie podobne zmiany o mniejszym nasileniu dotknęły oko prawe. Dalej dołączyła się *hemiparesis dex. lev. gr.* Neurolodzy dopatrywali się ogniska zapalnego w okolicy *sinus cavernosus.* Choroba postępowała wśród nieregularnych, często wysokich (nawet do 40° C.) gorączek, objawy łagodniały w krótkotrwałych przerwach bezgorączkowych. Stan ogólny chorej wyraźnie pogarszał się, traciła na wadze, stawała się coraz bardziej wyczerpana. Chora po 3 tygodniowym pobycie na klinice okulistycznej wróciła na Oddział zakaźny. Rozpoznanie można było już łatwiej obecnie postawić, skoro stwierdzono powiększenie gruczołów szyjnych i pachowych oraz nieznaczne powiększenie śledziony. Obraz krwi stał się w tym czasie charakterystyczny.

5. I. 45. Leukocytoza: 6600 Segm. 50%, Pał. 2%, Eo. 16%, Limf. 30%, Mon. 2%.

16. I. 45. Leukocytoza: 6200 Segm. 56%, Eo. 20% Limf. 24%.

16. II. 45. Leukocytoza: 6800 Segm. 32%, Eo. 22% Limf. 44%, Mon. 2%.

Po serii naświetlań promieniami Rtg. chora ze znaczną poprawą 26 III 1945 r. opuściła Oddział. Poprawa ta dotyczyła głównie najbardziej zagrożonego odcinka — nerwowo-wzrokowego. Zachowanie się gałek ocznych i wzroku wróciło prawie zupełnie do normy, zespół objawów *hemiparesis* ustąpił, samopoczucie chorej znacznie poprawiło się. Pozostały — nieznaczne powiększenie gruczołów obwodowych i śledziony i nieregularne stany podgorączkowe. O dalszych losach chorej nic nie jest wiadomo.

W zakończeniu tej dyskusji odpowiedziała jeszcze doc. Kowalczykowa.

W dyskusji nad odczytem prof. dra Oszackiego pt.: „Penicylina, jej własności chemiczne i biologiczne oraz zastosowanie kliniczne", dr Lebioda przedstawił wyniki leczenia po zastosowaniu penicyliny w przypadkach rzeżączki, leczonej w Klinice dermatologicznej U. J. (rzecz ukaże się osobno w druku w „Przeglądzie Lekarskim"), po czym doc. Tochowicz omawia przypadek obserwowany wspólnie z kol. Huczyńskim w II Klinice chorób wewnętrznych U. J. (prof. Tempka), który był leczony penicyliną.

U chorej N. D., lat 34, z powodu poronienia w następstwie nieszczęśliwego wypadku powstało ogólne zakażenie paciorkowcem hemolizującym (posocznica). Chora dostała się do kliniki w 6 tygodniu choroby w stanie bardzo ciężkim, przymroczona, z ciepłotą do 39° C. o charakterze septycznym. Przedmiotowo stwierdzono wrzodziejące zapalenie śródsierdzia z zajęciem wszystkich zastawek i z przerzutem ropnym do lewej gałki ocznej. Badania dodatkowe: mocz — ślad białka, w osadzie mikroskopowo dość liczne wałeczki ziarniste i pojedyncze wyługowane krwinki czerwone. Badanie krwi: ciałek czerwonych 3,390.000, Hb. 55%, wskaźnik 0,83, ciałek białych 5.500 odsetkowo pałeczek 14, wielo- 72, limfocytów 13, monocytów 1. Ze krwi wyhodowano paciorkowca hemolizującego. Przed przybyciem do kliniki chora była leczona sulfanilamidami w dużych dawkach, nam nieznanych. Przy bardzo ciężkim stanie ogólnym rozpoczęto leczenie penicyliną, podając co trzy godziny 40 tysięcy jednostek domięśniowo i 2 razy na dobę po 40 tytięcy jednostek dożylnie. Ogólna dawka dzienna wynosiła 400 tysięcy jednostek a w ciągu 10-dniowego leczenia chora otrzymała ponad 4 miliony jednostek. Już w pierwszym dniu leczenia ustąpiły zupełnie dreszcze, a ciepłota stopniowo zmniejszała się tak, że w piątym dniu leczenia penicyliną nie przekraczała 37,3° C. Ogólny stan chorej uległ znacznej poprawie. Ilość ciałek białych stale codziennie narastała dochodząc w 7-mym dniu leczenia do 14 tysięcy w 1 mm^3 przy mniej więcej utrzymującym się stale tym samym obrazie odsetkowym. Posiewy ze krwi pobranej w 7-mym dniu leczenia penicyliną po 24 i 48 godzinach były jałowe. (Oddział Zakaźny, Prac. Bakteriologiczna).

Chcąc sprawdzić zawartość i siłę bakteriostatyczną penicyliny w surowicy krwi chorej pobraliśmy krew od chorej w 1, 2 i 3 godziny po zastrzyku domięśniowym penicyliny celem przeprowadzenia badania. Badanie zostało wykonane w Zakładzie Bakteriologicznym U. J., kier. dr Przybyłkiewicz. Do badania użyto szczepu gronkowca złocistego, przy zastosowaniu metody oxfordzkiej (cylinderkowo-krążkowa). Wynik: w surowicy pobranej w 1 godz. pod zastrzyku stwierdzono zahamowanie wzrostu przy zastosowaniu nierozcieńczonej surowicy oraz w rozcieńczeniu 1/1, 1/2, 1/4 i 1/8. W surowicy pobranej w 2 godz. stwierdzono zahamowanie wzrostu w nierozcieńczonej surowicy jak i w rozcieńczeniu 1/1, i wreszcie w surowicy pobranej po 3 godz. nie stwierdzono obecności penicyliny.

Mimo ogólnej poprawy stanu chorej i uzyskania wyjałowienia krwi nie zdołaliśmy opanować stale postępującej niedomogi krążeniowej, co stało się przyczyną śmierci. Pośmiertne badanie przeprowadzone w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J., kier. doc. dr Kowalczykowa, potwierdziło całkowicie rozpoznanie kliniczne ogólnej posocznicy, a w szczególności obraz wrzodziejącego zapalenia śródsierdzia z bardzo rozległymi zniszczeniami na wszystkich zastawkach serca. Z owrzodzeń na zastawkach pobrano materiał i zrobiono posiewy, z których wyhodowano prawie czystą hodowlę paciorkowca hemolizującego.

Jak widać z przedstawienia historii choroby oraz z wyniku badania pośmiertnego za pomocą leczenia penicyliną zdołano wyjałowić krew chorej, jednakże źródło zakażenia jakim w przebiegu choroby stały się zastawki sercowe wciąż pozostało źródłem. Niewątpliwie to jest przyczyna nawrotów choroby, którą opisują autorzy amerykańscy przy pozornie wyleczonym za pomocą penicyliny wrzodziejącym zapaleniu osierdzia. Stąd też i dla nas jest pouczający ten przypadek, że osiągnięcie wyjałowienia krwi za pomocą leczenia penicyliną w dalszym ciągu zmusza nas być ostrożnymi w rokowaniu i nie pozwala nam na zbyt szybkie przerwanie leczenia. Autorzy angielsko-amerykańscy polecają w tych przypadkach podawać równocześnie z penicyliną heparynę celem zapobieżenia tworzeniu się skrzepików, które mają osłaniać bakterie przed działaniem penicyliny. My niestety nie zdołaliśmy nabyć dla chorej heparyny.

W dalszym ciągu dyskusji o penicylinie doc. Nowicki stwierdza: Od początku minionej wojny starali się badacze angielscy znaleźć odpowiednie środki chemiczne, aby zapobiec zakażaniu ran i stworzyć skuteczną pomoc przeciw posocznicom, występującym zwłaszcza po postrzałowych złamaniach. Chirurdzy angielscy stosowali w ostatniej wojnie w szerokim zakresie sulfamidy w leczeniu ran, zarówno miejscowo jak i ogólnie. Przypisują im zresztą dość poważny wpływ na powstrzymanie rozwoju zakażenia, lecz wyniki te nie były zadawalające. Nie zmieniając nadal podstawowych zasad operacyjnego leczenia ran świeżych, zaczęto w r. 1942 na froncie afrykańskim używać penicyliny. Gdy pierwsze doświadczenia wypadły pomyślnie, wprowadzono w r. 1943 leczenie penicyliną w wielu szpitalach polowych. Dostarczano też penicyliny takim oddziałom, jak skoczkom spadochronowym, w których nie było możliwości należytej i szybkiej pomocy chirurgicznej. Z dawniejszych badań bakteriologicznych wiadomo było, że w ranach znajdują się przede wszystkim drobnoustroje gramo-

dodatnie, lecz między nimi są też i gramoujemne. Nie dobierano jednak do leczenia tylko zakażeń gramododatnich, lecz stosowano penicylinę bez wyboru w każdej ranie. Okazało się w dalszych badaniach, że w miarę jak pod wpływem penicyliny giną gronkowce i paciorkowce, to w przyspieszonym tempie mnożą się gramoujemne. Nie przeszkadza to jednak szybkiemu gojeniu rany, a posocznice wywołane przez bakterie gramoujemne należą do wielkiej rzadkości w związku z ranami.

W ostatnich latach wojny chirurdzy angielscy leczyli świeże rany w ten sposób, że możliwie jak najwcześniej wycinali ranę w typowy sposób. Nie zakładano jednak szwu pierwotnego, a tylko posypywano ranę zasypką, składającą się ze sproszkowanej penicyliny i sulfamidu. W jednym gramie tej zasypki znajdowało się 1000 do 5000 jednostek oxfordzkich penicyliny. Zazwyczaj posypywano ranę raz dziennie, rozdmuchując 2—4 g proszku. Równocześnie ranny przyjmował doustnie około 4 g sulfamidów codziennie przez 4—5 dni. Zależnie od okoliczności, które pozwalały na odwiezienie rannego do szpitala polowego, gdzie mógł pozostawać już czas dłuższy, wykonywano drugi zabieg między 2—7 dniem po zranieniu, jeżeli tylko brzegi rany dały się do siebie zbliżyć. Z obrębu rany usuwano operacyjnie resztki martwiczych tkanek, odświeżano brzegi skórne i luźno spajano je szwami. Często z osobnych cięć wprowadzano do zeszytej rany cienkie rurki gumowe i przez nie wstrzykiwano przez 5 dni, dwa razy dziennie kilka cm^3 roztworu penicyliny, zawierającego około 250 jednostek w cm^3. Na 12 dzień usuwano szwy. W ten sposób zakładając wtórny szew uzyskiwano w więcej niż 90% doraźne zabliźnienie.

Szczególnie zastanawiające wyniki otrzymywano dzięki penicylinie w ranach drążących do jam ciała. Cairns podaje, że w postrzałach mózgu zaszywał do 72 godzin rany i na 129 przypadków miał tylko 2 zropienia. W niektórych z tych przypadków prócz zasypywania rany, wstrzykiwano 10 tys. jednostek penicyliny przefiltrowanej, dokomorowo. Otwarte zranienia jamy opłucnej zamykano z pomyślnym wynikiem nawet po paru dniach, pozostawiając tylko wąską rurkę, przez którą wprowadzano później roztwór penicyliny. W rozległych popostrzałowych krwiakach opłucnej stosowano zapobiegawczo penicylinę, wprowadzając po odpuszczeniu krwiaka parokrotnie po 30 tys. jednostek. W podobny sposób, używając mniejszych dawek, postępowano z obrażeniami stawu kolanowego. Natomiast w postrzałach jamy brzusznej penicylina nie odniosła żadnego skutku.

W postrzałowych złamaniach, zwłaszcza uda, miejscowe leczenie penicyliną nie było dostateczne, bo nie może ona dotrzeć do rozmaitych zaułków, gdzie gromadzą się i mnożą bakterie. Stosowano więc leczenie ogólne, wstrzykując po 100 tys. lub więcej jednostek przez kilka dni, a nawet dwa tygodnie. Takie energiczne leczenie prowadzono zwłaszcza w przypadkach z objawami posocznicy. Równocześnie w razie potrzeby otwierano operacyjnie zacieki ropne i utrzymywano kończynę w unieruchomieniu. Furlong i Clark podają, że leczyli porównawczo po 70 przypadków otwartych złamań uda. Z tych bez leczenia penicyliną zmarło 6 (8,5%) i 6 amputowano. W serii leczonej penicyliną był 1 zgon (1,4%) i 2 amputacje (2,8%).

Także w zgorzeli gazowej zauważono korzystne działanie penicyliny, lecz nie zaniedbywano równocześnie podawać w wielkich ilościach surowicy przeciw zgorzeli.

W Oddziele Chirurgicznym szpitala św. Łazarza stosujemy penicylinę około dwa tygodnie i obecnie mamy w leczeniu kilka przypadków urazowych. Na podstawie tych spostrzeżeń można tylko potwierdzić i podkreślić wielką rolę, jaką przeznacza penicylinie piśmiennictwo anglosaskie w walce z zakażeniem gronkowcami i paciorkowcami w chirurgii. Trudności z jakimi jest jeszcze połączone otrzymanie penicyliny, skłaniać nas winno do stosowania penicyliny przede wszystkim w tych przypadkach, w których zawodzą lub są niepewne inne sposoby lecznicze. Taka społeczna, więc w pierwszym rzędzie lecznicza gospodarka zapasami penicyliny jest obowiązkiem każdego zakładu, który otrzymał penicylinę z Ministerstwa Zdrowia.

W zakończeniu dyskusji prof. Walter podniósł jeszcze możliwości leczenia penicyliną kiły.

Protokół

z posiedzenia naukowego z dn. 24 października 1945 r.

Dr Ossowski (z Oddz. ginekologicznego Szpitala im. G. Narutowicza) opisuje przypadek niezwykłego umiejscowienia torbieli skórzastej (rzecz ukaże się osobno w druku w „Przeglądzie Lekarskim").

Doc. dr Zbigniew Oszast wygłasza odczyt pt. „Wartość lecznicza sulfonamidów w rzeżączce" (rzecz ukaże się osobno w druku w „Przeglądzie Lekarskim").

W dyskusji nad odczytem prof. Walter podnosi, że jeżeli sulfanilamidy nie spełniły w zupełności pokładanych w nich nadziei, to przyczyny tych niepowodzeń upatrywać należy w zbyt wysoko przez nas postawionych żądaniach leczniczych przy równoczesnej naszej nieznajomości ich sposobu działania w zakażonym ustroju. Badania lat ostatnich, których wyniki doszły nareszcie do naszej wiadomości, tłumaczą już jaśniej jakie zadania mają do spełnienia środki te w przypadkach rzeżączki i jakie są możliwości wyleczenia. Być może że większa część szczepów wrażliwych na sulfanilamidy wyginęła, pozostały przeważnie oporne, nie ulegające ich działaniu. Liczyć się nawet należy z możliwością istnienia na rynku farmaceutycznym falsyfikatów. Najkorzystniej w dobie obecnej, jak nas poucza doświadczenie kliniczne, działają połączenia tiazolowe, bowiem są najmniej toksyczne, jednak dawki stosowane w leczeniu rzeżączki stosownie do zapatrywań różnych autorów i wskazań stale wzrastają. Szwedzi stosują trzechdniowe dawki po 6,0 dziennie, a w razie nawrotu powtarzają je. Nowe metody badań laboratoryjnych nad zachowaniem się pojedynczych szczepów gonokoków wobec sulfanilamidów będą mogły przy uproszczonych sposobach badania na pożywkach rozstrzygać z góry czy kontynuowanie leczenia wobec oporności szczepów przyniesie pożądany wynik. Wydaje się rzeczą słuszną, aby równocześnie z doustnym podawaniem sulfanilamidów (ten sposób leczenia uważać należy za najwłaściwszy) stosować także leczenie miejscowe cewki moczowej dawnymi sposobami, nie zaniedbując leczenia bodźcowego. Przypuszczać bowiem należy, że atakowane przez sulfanilamidy szczepy i upośledzone w swym rozwoju, łatwiej ulegną miejscowo stosowanym środkom przeciwrzeżączkowym. Walter zastosował już od kilku lat metodę sprzężonego leczenia chemoterapeutycznego i miejscowego, przy równocześnie stosowanym leczeniu bodźcowym, która to metoda zwłaszcza w przypadkach powikłań okazała się celową i skuteczną. Mimo naszych częściowych zawodów i znacznego obniżenia się odsetka przypadków wyleczonych samym sulfanilamidami uważać należy tę nowoczesną metodę leczenia rzeżączki za bardzo doniosłą i korzystną, dającą już bardziej skuteczną broń leczniczą w leczeniu rzeżączki.

Protokół

z posiedzenia naukowego z dn. 31 października 1945 r.

Dr Schwarz z Oddziału III Szpitala św. Łazarza w Krakowie przedstawia przypadek: „Niekorzystny wynik po wytworzeniu sztucznej pochwy".

Po krótkiem zestawieniu rozwoju sposobów wytwarzania operacyjnego pochwy w przypadkach jej pierwotnego lub wtórnego braku, pokaz 32-letniej kobiety, u której w prowincjonalnym szpitalu wykonano sztuczną pochwę z płatów uzyskanych z warg sromowych mniejszych. Zabieg wykonano jednak tak nieudolnie, że przecięto cewkę moczową na całej jej długości od ujścia aż do jej wyjścia z pęcherza, gdzie w obrębie szyjki pęcherza powstała przetoka o średnicy 2-złotówki. Powstało w ten sposób jakby spodziectwo z zupełnym nieutrzymywaniem moczu, a więc ciężkie kalectwo. Dr S. zwraca uwagę na lekkomyślność operatora, który podjął się dokonania zabiegu nie mając do tego oczywiście kwalifikacji.

Przypadek przedstawia ogromne trudności lecznicze. Postanowiono zeszyć cewkę moczową i szyjkę pęcherza od dołu, wzmacniając okolicę przetoki (i zwieracze pęcherza) płatami powięzi uszypułowanymi na mięśniach piramidalnych z równoczesnym założeniem przetoki moczowej nadłonowej. Jeżeli zabieg ten nie da korzystnego wyniku pozostanie do zrobienia tylko przeszczepienie moczowodów do jelita grubego jednym ze sposobów Coffey'a.

Dr K. Lejman z Kliniki Dermatologicznej U. J. przedstawił przypadek choroby Besnier Boecka *(lupus pernio)* u 39-letniego mężczyzny, opracowany nową, histohematologiczną metodą, stanowiącą postępowanie pośrednie pomiędzy metodyką histologiczną a hematologiczną.

Prelegent omawia uzyskane tą drogą obrazy, przedstawiając mikrofotografie poszczególnych komórek (rzecz ukaże się w druku).

Prof. Tempka w dyskusji nad pokazem kol. Lejmana podkreśla naprzód doniosłość badań bioptycznych, które dzi-

siaj przestały już być zabawką kliniczną zamkniętą w jej murach, a stały się codziennym sposobem badania klinicznego, stosowanym i dla użytku pozaklinicznego. Cechą zasadniczą badań bioptycznych jest, między innymi, możność badania komórki jako takiej i wniknięcia we wszystkie szczegóły biologiczno-morfologiczne jej budowy, jednym słowem badanie bioptyczne jest, w przeciwieństwie do badania histologicznego, badaniem komórki indywiduum. Oczywiście badanie bioptyczne nie jest przeciwnikiem badania histologicznego, gdyż obie te metody wzajemnie się uzupełniają. Przedstawienie przez koł. Lejmana całej masy różnych komórek siateczki uzyskanych drogą badania bioptycznego skóry osobnika z chorobą Besnier-Boecka, dowodzi naocznie wielkiej wartości tego badania, gdyż badanie histologiczne nie mogłoby pod żadnym warunkiem uwypuklić tylu subtelnych odcieni w budowie tych komórek. Badanie bioptyczne nie jest poza tym czymś przeciwnym naturze, gdyż właśnie sama natura stworzyła warunki dla badania indywidualnego komórek, albowiem składniki postaciowe krwi obwodowej, będące właśnie wolnymi komórkami, dostają się do krwi ze skupiska komórkowego, jakim jest utkanie szpiku kostnego.

Doc. Kubiczek podnosi, iż zakres badań bioptycznych rozmazów punktatów z narządów wewnętrznych skóry, tkanki podskórnej, szpiku kostnego, gruczołów chłonnych, guzów nowotworowych może ulec znacznemu rozszerzeniu i zyskać na wartości przez zastosowanie specjalnych sposobów barwienia uzyskiwanego materiału. Otwiera się tu duże pole do działania, przy stosowaniu metod histochemicznych, których podstawą jest mikrochemia. Ponadto wstrzykując do ustroju różne substancje chemiczne np. barwiki o typie roztworów koloidalnych można później poszukiwać ich w poszczególnych komórkach z punktatów. Ten sposób badania stanowić może uzupełnienie i znaczne wzbogacenie badań czynnościowych, dotyczących poszczególnych komórek ustroju.

W końcu prof. Walter zwraca uwagę na motywy, które nim kierowały przy poszukiwaniach za metodami takich badań tkankowych wykwitów skórnych które pozwalały by na stwierdzenie zmian w częściach składowych skóry przy zachowaniu możliwie tych wszystkich zjawisk tkankowych, które istnieją za życia, w chwili badania. Zjawiska hematologiczne tkankowe musiałyby być również uwzględnione. Klasyczne metody histologicznego badania wycinków tkanek dają zbyt jednostronne obrazy, przy czym sam zabieg wycięcia, technika utrwalania i barwienia preparatów, procesy zatapiania lub przygotowywania ich dla sporządzenia skrawków mikrotomowych — nie mogą dać należytego i prawdziwego wglądu w biologiczne warunki żywej tkanki chorobowej. Pod mikroskopem oglądamy tkankę martwą, dawno obumarłą i w następstwie różnych sposobów badania zmienioną. Zadaniem badania współczesnej kliniki jest badanie warunków życiowych tkanek i takimi tylko metodami biologicznymi powinien się posługiwać badacz. Te bowiem badania pozwalają jedynie na stwierdzenie różnych zjawisk nieprawidłowych, powstających za życia, jako wyraz oddziaływania na bodźce chorobotwórcze i na samą postać wykwitu. Tym celom może zadośćuczynić metoda stosowana w klinice dermatologicznej U. J., podana dziś i opisana przez prelegenta. Daje ona możność wglądu, stosunkowo szybkiego, w charakter i budowę tkanki chorej, jej sposobu oddziaływania na czynniki chorobowe przy zachowaniu istniejącego obrazu krwi obwodowej w chwili przystępowania do badań. Metoda histologiczna nie daje tak wiernego obrazu wszystkich zjawisk mających miejsce w tkankach, a na co pozwala opisana metoda. Pobudką do opracowania powyższej metody były doskonałe wyniki badań *in vivo* stosowane przez szkołę hematologiczną prof. Tempki. Hematologowie posługując się tymi badaniami mogą w sposób jaśniejszy, wyrazistszy i pewniejszy zdać sobie sprawę ze zjawisk toczących się w układzie krwiotwórczym i w samej krwi. Metoda ta opracowywana przez dra Lejmana może oddać w przyszłości nie tylko wybitne usługi klinicyście, ale ze względu na swą prostotę może być zastosowana nawet przez lekarza praktyka.

W dalszym ciągu posiedzenia dr Aleksandrowicz (z kliniki prof. Tempki) wygłosił odczyt pt. „Wzajemny stosunek patogenetyczny schorzeń układu kostnego i krwiotwórczego w świetle badań bioptycznych".

Między układem kostnym a mieszczącym się w nim narządem krwiotwórczym istnieje współzależność. Nadczynnemu szpikowi i bogatemu w komórki układu krwiotwórczego, towarzyszy w kości atrofia, ubogiemu zaś w postaciowe składniki, wyczerpanemu, skleroza. Z szeregu kazuistycznych przykładów przedstawionych przez autora wynika, że właściwość osteolityczna zjawia się równolegle z nadczynnością szpikową. W szpiku zaś włóknistym posiadającym mało ognisk krwiotwórczych łatwiej odkładają się sole wapnia, czynność osteoblastów jest wzmożona, a następstwem takiego stanu jest osteoskleroza.

W drugiej części referatu przedstawia autor szereg barwnych rycin pochodzących z przypadków w których układ kostny ulega uszkodzeniu, a które w istocie są schorzeniami układu czerwono-krwinkowego, białokrwinkowego, siateczkowego oraz nowotworami kości.

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 7 listopada 1945 r.

Dr Paszkowski (z Kliniki neurologicznej U. J.) podaje omówienie przypadku paranoidalnej postaci schizofrenii, banalnego z psychiatrycznego punktu widzenia, ważnego jednak ze względów ogólnych i społecznych z tego powodu, iż pacjentka wciągnęła w zakres swoich przeżyć obłędnych cały szereg osób, otoczonych powszechnym szacunkiem, i zgromadzeń, oddanych przede wszystkim kultowi religijnemu. Dotychczasowe antyspołeczne wystąpienia pacjentki (rzucanie kamieniami w ołtarz podczas mszy św., opluwanie zakonników i zakonnic, przypadkowo napotkanych na ulicy, lżenie spowiedników, odgrażanie się księciu metropolicie Sapieszе i O. Jackowi Woronieckiemu obok zapowiedzi, że ma zezwolenie na zamordowanie dwóch osób) każą przypuszczać, że może się odważyć na zamach nawet na czyjeś życie pod wpływem swych halucynacji i urojeń.

Przypadek dotyczy 25-letniej panny; prelegent podkreśla jej staranne wychowanie i wykształcenie dla możności skontrastowania jej umysłowości przedchorobowej z obrazem upadku psychicznego, jaki przedstawia obecnie.

Choroba pacjentki zaczęła się rozwijać podstępnie i niespostrzeżenie przed jakimiś mniej więcej 5 laty. Pierwszym jej objawem była tendencja do oderwania się od rzeczywistości otaczającej, zwrot ku dziedzinom abstrakcyjnego myślenia i abstrakcyjnych zainteresowań. Tę przemianę prelegent uważa za zaczątki kardynalnego objawu schizofrenii, mianowicie, autyzmu, który do dzisiaj pogłębił się znacznie i polega na zamknięciu się pacjentki w zasięgu jej przeżyć, związanych z szeregiem doznań cielesnych (Dominikanie zatruwają jej krew, wywołują bóle głowy), halucynacji i urojeń (drażnią ją seksualnie, zmuszają do odbywania nocami jakichś porodów, powodując rozszerzanie się i zwężanie tego otworu, którym u kobiet wychodzi na świat główka dziecka, budzą ją już o pierwszej w nocy i powtarzają nieraz przez całą noc, że ma usta tam, gdzie inni mają odbyt, odbyt zaś tam, gdzie inni mają usta itp.). Pacjentka dziś jest luźno związana z otaczającą rzeczywistością — istotę jej życia psychicznego stanowi świat wewnętrzny, pełen przeżyć, opartych na mnóstwie patologicznych doznań pod postacią sensacji cielesnych, seksualnych, iluzji smakowych (kał i mocz w potrawach), halucynacji słuchowych, mistycznego myślenia (brat, zabity podczas powstania warszawskiego, jest już świętym) i urojeń prześladowczych, będących próbą interpretacji początkowo niejasnych i niezrozumiałych dla pacjentki zjawisk. Jej zaś stosunek do otaczającego świata rzeczywistego i jego przejawów nie jest oparty na — *sit venia verbo* — normalnych reakcjach afektywnych, lecz na resztce zachowanych, ocalałych automatyzmów i konwencjonalizmów. Świat zewnętrzny stał się dla niej jeśli nie całkiem jeszcze wrogi, to przynajmniej obcy i obojętny, przestał być przedmiotem zainteresowań.

W obecnej fazie choroby uwydatnia się również i drugi kardynalny objaw schizofrenii, mianowicie, rozpad osobowości psychicznej. Znamionują go przemiany w zakresie wszystkich niemal zasadniczych funkcji psychicznych, przede wszystkim w zakresie spostrzegania (omamy), myślenia i kojarzenia, skąd wynika utrata tak zwanego zdrowego rozsądku oraz skłonność do ekstrajekcji doznań i przeżyć. Ekstrajekcja zaś, jako forma interpretacji, wyjaśniającej przyczynami zewnętrznymi rozliczne osobiste odczucia, poparta ponadto masowymi halucynacjami słuchowymi, prowadzi bezpośrednio do urojeń, przede wszystkim prześladowczych. Rozpad osobowości wreszcie cechuje się u pacjentki zmianami w zachowaniu się i postępowaniu, pozbawionym — między innymi — tego nalotu, jaki był jej dany przez kulturę dobrego wychowania, z przybraniem natomiast znamion pewnej dziwacznej wyniosłości i zmanierowania (odnosi się do wszystkich pogardliwie i ironicznie, unosi się bez powodu, bije pięściami w stół, używa drastycznych wyrażeń i wulgarnych słów itp.).

Realizm doznań cielesnych, nasyłanych pacjentce rzekomo z zewnątrz i omamów jest tak duży, że protest przeciwko tym niecnym działaniom ujawnił się już u niej pod postacią antyspołecznych wystąpień, znieważeń miejsc poświęcanych i kapłanów w stule, zamachów na dobrą cześć i dobre imię wysoko cenionych osobistości lub Bogu ducha winnych pionków zakonnych. Nieudałe dotychczas próby wyzwolenia się od nie zasłużonych i bezecnych prześladowań, powodujących mękę i udrękę cielesną i moralną dla pacjentki, utrwalają w niej chęć pomszczenia się; dojrzewa w niej zamiar zamordowania prześladowców.

Ponieważ tego rodzaju stany są zasadniczo niezbyt korzystne co do szans na wyleczenie, tak zaś dziś lansowana metoda leczenia elektrowstrząsami również w tych wypadkach zawodzi, prelegent poradził umieszczenie pacjentki w dużym zakładzie psychiatrycznym na czas dłuższy. Kończąc, wyraża przy tym życzenie, by ta izolacja nastąpiła wcześniej, zanim pacjentka wprowadzi w czyn zamach na czyjeś życie, i zanim biegli sądowi w następstwie będą zmuszeni przyznać jej prerogatywy, przewidziane przez art. 17 § 1 k. k.

Dr Antoni Chudoba wygłosił odczyt pt.: „W sprawie leczenia czerwonki u dzieci".

W dyskusji zabiera głos doc. Mikułowski, który podnosi, że sulfanilamidy stały się środkiem tak powszechnym, że matka bez porady lekarskiej podaje dziecku niemal w każdej niedyspozycji a więc i kiszkowej Cibazol. Niektóre więc dzieci czerwonkowe przebywające do szpitala mają już za sobą kurację Cibazolową domową i to w najstosowniejszym bo początkowym okresie choroby podaną. Fakt ten nie ułatwia krytycznej oceny leczenia następowego w szpitalu. Jeszcze trudniejszą sprawą jest wykazanie w sposób naukowy na czym polega fortunność tego spopularyzowanego już dziś środka w leczeniu czerwonki. Szanowny referent podkreślił, że specjalnie korzystne działanie Cibazolu obserwował przy równoczesnym podawaniu kwasu solnego oraz przy zastosowaniu diety białkowej zakwaszającej. Nasuwa to odruchowo wniosek, że mechanizm działania leczniczego Cibazolu i diety białkowej pomaga w zwalczaniu azocicy, jaka z natury rzeczy istnieje w przebiegu czerwonki nie tylko w związku z rozpadem tkankowym i niedomogą nerkową ale także w postaci azocicy wyrównawczej w myśl nauki Bluma. Zubożenie krwi w sól kuchenną powoduje spadek ciśnienia osmotycznego krwi. Ustrój starając się utrzymać ciśnienie osmotyczne na prawidłowym poziomie ucieka się do retencji innych ciał we krwi a przede wszystkim mocznika we krwi, który jest związkiem mało trującym. Następuje wskutek tego azotemia, która jest zjawiskiem kompensacyjnym związanym ściśle z brakiem soli kuchennej we krwi. Hypochloremia, azotemia i zagęszczenie krwi współistnieją z alkalozą niegazową. Ten zespół humoralny znamienny dla zwężenia przewodu pokarmowego w przebiegu niedrożności jelitowej *(ileus)* występuje oczywiście w przebiegu tak odwadniającej choroby połączonej z biegunką i wymiotami jak właśnie czerwonka. Stąd wniosek o potrzebie zwalczania hypochloremii, alkalozy, azocicy i odwodnienia za pomocą chlorowania nie tylko przez doprowadzenie stosownych ilości soli fizjologicznej do ustroju, ale także przez konieczne podawanie soli hypertonicznej chorym czerwonkowym. Środkiem współdziałającym w leczeniu zaburzenia gospodarki wodnej okazał się wyciąg tylnego płatu przysadki (Pituglandol) oraz preparaty witaminowe zespołu B. Także podawanie żelaza w dużych dawkach wpływa dodatnio jak się przekonałem w przebiegu czerwonki jako katalizator współdziałający z witam. C. Amerykańscy autorowie (Mitchell) polecają podawanie *natrium thiocyanatum.* Surowice przeciwczerwonkowe podobnie jak bakteriofag działają leczniczo jedynie w pierwszych 48 godz. choroby tj. kiedy zatrucie ustroju jest najsilniejsze. W świetle tego faktu nabiera tym większej wagi rychłe ustalenie właściwej diagnozy. Rozpoznanie natrafia na trudności w przypadkach, gdy zamiast biegunki istnieje zaparcie stolca, czasem bez gorączki. Są opisane przypadki nierozpoznanej czerwonki operowane z powodu rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego. Niedość wcześnie rozpoznane przypadki czerwonki są częstą przyczyną szerzenia się epidemii. Na odwrót, krwawe stolce obserwowane w przebiegu tak banalnej choroby jak koklusz i towarzysząca mu hypowitaminoza C naśladują nieraz objawy prawdziwej czerwonki. Fakt skłonności oseskόw do zachorowania na czerwonkę może znajdować wytłumaczenie w stwierdzonym braku aglutynin przeciw-czerwonkowych we krwi łożyskowej noworodka zgodnie z badaniami autorów amerykańskich Felsona i Osofskiego.

Prof. Kostrzewski podkreśla, iż kol. Chudoba bardzo szeroko ujął w swym wykładzie sprawę czerwonki. W związku z tym narzuca się cały szereg zagadnień. Poruszam tylko dwa. Po pierwsze zapytam, czy k. Chudoba mówiąc o korzystnym wpływie na czerwonkę choroby posurowiczej, opiera się na własnym doświadczeniu, czy też polega na odnośnym piśmiennictwie? Po drugie nawiązuje do tego, co docent dr Mikułowski podniósł w postaci niejako życzenia. Otóż na Oddziale zakaźnym Szpitala św. Łazarza w Krakowie od 1943 r. zajmuje się p. Mach sprawą azotu pozabiałkowego i zawartości chlorku sodu we krwi chorych na czerwonkę. Dalej p. Mach bada zachowanie się chlorku sodu w moczu chorych na czerwonkę i w moczu ozdrowieńców po niej. Badania p. Macha wykazują, że u ciężko chorych przychodzi do azocicy pozanerkowej, więc do wzmożenia we krwi azotu bez uszkodzenia nerek i przy braku gorączki. Z tych badań wynika również, że nieraz przy bardzo wielkiej azocicy nie ma wcale we krwi niedoboru chlorków. Nie zawsze również przy obniżonej ilości chlorków we krwi, przychodzi do zwyżki azotu pozabiałkowego. W moczu ozdrowieńców spotyka się znacznie większe ilości chlorku sodu od spożywanych. Wynika z tego, że u ciężko chorych na czerwonkę, u odwodnionych, przychodzi do zatrzymania chlorków w ustroju. Badania p. Macha mają znaczenie nie tylko teoretyczne, ale i praktyczne. One są wskazówką, że chorym czerwonkowym należy w pokarmach podawać dostateczną ilość soli kuchennej. A u chorych uwodnionych dożylne wstrzykiwania 20% roztworu NaCl wywierają zbawienne działanie. Niezależnie od dożylnych wstrzykiwań 20% roztworu NaCl, należy stosować podskórne wlewania fizjologicznego roztworu chlorku sodu.

Dr Pochopień podniósł, że według jego doświadczenia leczenie czerwonki sulfanilamidami sprowadza z reguły radykalną poprawę już po 24 godzinach leczenia, nawet w przypadkach zaniedbanych i późno leczonych tą metodą. W diecie zaś unikanie głodzenia i wprowadzanie od początku pokarmów białkowych, nawet gotowanego mięsa oraz witamin, a wykluczenie błonnika i węglowodanów łatwo fermentujących daje bardzo dobre wyniki.

W dalszym ciągu dyskusji zabierali jeszcze głos prof. Lewkowicz, prof. Walter, dr Osowski, dr Mirek, po czym w odpowiedzi dr Chudoba.

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 14 listopada 1945 r.

Dr Laszczak (z oddziału chirurgicznego Państw. szpitala św. Łazarza) przedstawia 3 przypadki chorych ze zwężeniem tętnic kończyn dolnych leczonych histaminą:

Leczenie histaminą zwężeń tętnic na kończynach dolnych zostało zapoczątkowane w oddziele chirurgicznym Szpitala św. Łazarza w 1938 r., a dotychczasowe wyniki i zasady leczenia zostały wyłożone w pracy doc St. Nowickiego pt.: „Histamina w leczeniu zwężeń tętnic na kończynach dolnych". Przedstawiam dzisiaj 3 przypadki, z których każdy charakteryzuje bądź odmienny typ schorzenia, bądź też indywidualnie ujęty sposób leczenia.

Przypadek I.

Mężczyzna lat 51 cierpi od 10 lat na napadowo występujące bóle w zakresie łydek lub stóp. 3 miesiące temu schodząc po schodach do piwnicy, doznaje nagle gwałtownego bólu w łydce prawej, a następnego dnia spostrzega, że stopa prawa, jest blada, zimna, a czucie jest wybitnie ograniczone. Dopiero po kilku dniach chory może opuścić łóżko. Od tego czasu stopa prawa jest stale chłodna, występują bóle w postaci pieczenia podeszwy, nasilające się zwłaszcza w nocy pod przykryciem. Chory opuszcza kończynę z łóżka lub wstaje, gdyż to przynosi mu ulgę.

Dotychczas pali do 40 papierosów dziennie.

Badanie ogólne.

Nie stwierdza się zmian w narządach wewnętrznych.

Kończyny: daleko posunięte zaniki mięśni łydki prawej, brak tętna na t. odpiszczelowej i grzbietowej. Skóra sucha, kończyna chłodna. Na lewej kończynie tętno wyczuwalne.

Na podstawie przeprowadzonych badań czynnościowych ustalono, że w przypadku tym mamy do czynienia z zarostowym zapaleniem tętnic powstałym już przed 10 latami i przez ten okres czasu znajdującym się niejako w stanie powolnego narastania objawów. Stan ten pogorszył się z chwilą wystąpienia zatoru w kończynie prawej w obrębie t. odpiszczelowej przedniej lub tylnej, manifestując się ciężkimi objawami.

Kończyna prawa dolna przedstawia obraz ciężkich zmian anatomicznych sieci ubocznej naczyń, zaledwie wystarcza-

jącej do utrzymania tkanek przy życiu, W kończynie lewej anatomiczne zmiany nie dają jeszcze objawów, gdyż sieć uboczna jest jeszcze dostatecznie sprawna. Po ustaleniu tego obrazu stanu niedokrwienia kończyn dolnych — przystąpiono do leczenia. Zastosowano preparat Imido firmy Roche, zawierający roczczyn histamin. hydrochlor. 1 : 100. Rozpoczęliśmy od ustalonej dawki początkowej 0,2 cm stosując lek podskórnie w połowie zewnętrznej powierzchni podudzia prawego, co 2-gi dzień. Wobec słabego odczynu miejscowego i ogólnego dawkę zwiększono na 0,3 i 0,4, po czym dalsze pięć wstrzyknięć wykonano po 0,5 cm . Ogółem chory otrzymał 10 wstrzyknięć, co równa się 3,8 cm histaminy. Po 3 wstrzyknięciu chory spostrzegł złagodzenie dotychczasowych objawów, mógł poruszać się swobodniej, w nocy budziło go jedynie uczucie zimna w stopie, połączone z uczuciem pieczenia. Chory radzi sobie w ten sposób, że stopę ogrzewa poduszką elektryczną. Począwszy od 8 zastrzyku w dawce 0,5 — występuje wyraźny zwrot.

Odtąd poduszki elektrycznej już nie używa, odruchowo stwierdza jeszcze czasem w nocy, że stopa jest chłodna, pieczenia przykrego nie odczuwa, budzi się raz w ciągu nocy po to, by okryć tylko ochłodzoną stopę, po czym zasypia. Przy chodzeniu występuje jeszcze czasem uczucie pieczenia pod palcami, lecz bardzo słabo zaznaczone. Ogólny stan chorego uległ poprawie, chory jest wypoczęty. Obecnie wobec ukończenia I okresu leczenia chory opuści oddział, by zgłosić się za 3 miesiące do kontroli.

Przypadek II.

Mężczyzna lat 50 cierpi od kilku lat na objawy chromania przestankowego; od 5 miesięcy wystąpiły b. przykre pieczenie w obrębie podeszwy lewej, jak również uczucie drętwienia oraz dokuczliwego mrowienia. Dolegliwości te występowały także w nocy. Chory nie sypia. Od 2 tygodni pojawiło się owrzodzenie na opuszce palucha lewego b. bolesne, oraz głębokie kraterowate owrzodzenia na podeszwie.

Badanie ogólne i miejscowe:

Obrzęk obejmujący paluch lewy i przechodzący na grzbiet stopy i dolną część podudzia. Na opuszce palucha i jego powierzchni przyśrodkowej owrzodzenie wielkości 1-groszówki szare, wilgotne, bardzo bolesne. Sine zabarwienie całego palucha. Głębokie kraterowate owrzodzenie podeszwy, wielkości 5-groszówki, wilgotne, o brzegach wałowatych. Stopa lewa wyraźnie zimna.

Badania czynnościowe ustaliły w przypadku tym zarostowe zapalenie tętnic, daleko posunięte, z niedostatecznym krążeniem ubocznym kończyny lewej, co doprowadziło już do owrzodzenia. Obie kończyny przedstawiają obraz daleko posuniętych zmian w ukrwieniu. Leczenie tego przypadku kształtowało się odmiennie niż poprzedniego.

Wychodząc z założenia, że w przypadkach daleko posuniętych zmian organicznych, połączonych zwłaszcza z owrzodzeniem, spostrzegaliśmy zwykle zwiększenie lepności krwi — leczenie nasze rozpoczęliśmy od stosowania roztworów 5% roztworu chlorku sodu dożylnie, rozpoczynając od 150 cm —a dochodząc do 300cm dwa razy w tygodniu. Leczenie to stosowane w ciągu miesiąca doprowadziło do wydzielenia się szczytu ostatniego paliczka palucha i wyraźnego podgojenia się owrzodzenia na podeszwie. Obrzęk ustąpił; także wszystkie dolegliwości zmniejszyły się, jednakże utrzymywały się nadal w tym stopniu, że przeszkadzały w przespaniu dostatecznej ilości godzin.

Teraz przystąpiono do podania histaminy, stosując to leczenie jako uzupełniające, trzymano się niskich dawek nie przekraczając 0,3. Chory otrzymał 12 zastrzyków. Zastrzyk 4 przyniósł zaznaczenie poprawy; chory spał lepiej, pieczenie występowało krótko, uczucie ciepła utrzymywało się do 10 godzin, owrzodzenie palucha i na podeszwie rozpoczęło zdecydowanie goić się przez pojawienie się żywej ziarniny.

Zastrzyk 6 przynosi zagojenie owrzodzeń, zupełną niewrażliwość na dotyk, dobry sen, poprawę stanu ogólnego. Jedyne dolegliwości to 3 krotne nerwowe mrowienia w zakresie palucha w ciągu 24 godzin. Obecne leczenie uważamy za zakończone, chory zgłosi się do kontroli za 3 miesiące.

Przypadek III.

Mężczyzna lat 60 choruje od roku, a właściwie od kilku lat odczuwa sensacje w kończynach dolnych, których bliżej określić nie potrafi. Początkowo wystąpiły swędzenia, pieczenia, oraz obrzęk i zaczerwienienie palców stopy prawej stopniowo nasilające się. Dolegliwości te pokryły następnie doltkliwe bóle połączone z suchą martwicą opuszek palców II i V. Obecnie bóle występują do kilku nawet razy w ciągu dnia, w nocy zaś nie pozwalają na sen. Sypia zaledwie do 2 godzin z przerwami.

Badanie ogólne i stan miejscowy.

Ciastowaty obrzęk obejmujący całą prawą stopę. Skóra sinawa, zimna. Opuszki palców II, IV czarne, suche — granica demarkacji zupełnie nie zaznaczona. Tętno niewyczuwalne nad tętnicą grzbietową i odpiszczelową obustronnie.

Na podstawie objawów, badania miejscowego oraz badań czynnościowych ustalamy, iż przypadek ten przedstawia obraz *thrombangitis obliterans* b. daleko posuniętego. Obie kończyny dolne znajdują się w okresie całkowitej niewydolności krążenia ubocznego. Grozi dalsze postępowanie martwicy na kończynie prawej i wystąpienie jej na lewej.

Rozpoczęto leczenie histaminą, wstrzykując dawkę 0,2 co drugi dzień. Po pierwszym zastrzyku uczucie ciepła utrzymywało się 4 godziny, a bóle wystąpiły po 11 godzinach i to słabsze. Pierwszą noc przespał 8 godzin. Następnego dnia wystąpiły kilkakrotnie, lecz słabsze. Trzeci zastrzyk spowodował ustąpienie bólów, natomiast wystąpiło mrowienie i świąd, zaznaczyła się granica demarkacji, części martwicze rozpoczęły się oddzielać. Obecnie jest po 6 zastrzyku — na oddzielonych opuszkach widać żywą ziarninę, bóle bez porównania mniejsze, noce przesypia. Ogólny stan uległ ogromnej poprawie. Leczenie w toku.

Te trzy różne przypadki:

1) ukrytych zmian tętnic bez owrzodzenia,
2) z owrzodzeniem,
3) martwicy starczej,

przedstawiają daleko posunięte zmiany, jeśli idzie o sprawność krążenia ubocznego. Ilustrują one, że w histaminie znaleziono środek zapewniający w pewnych przypadkach powodzenie leczeniu zachowawczemu. Leczenie chorób naczyniowych nie może być standartowe, nie każdy przypadek leczyć można histaminą, lecz nie każdy też należy leczyć operacyjnie. Wpierw musimy wyczerpać wszystkie możliwości leczenia zachowawczego, a dopiero gdy to zawiedzie sięgnąć możemy do zabiegów operacyjnych na układzie wegetatywnym.

W dyskusji nad tymi przypadkami zabiera głos doc. Tochowicz, który podkreśla konieczność przeprowadzania badań dodatkowych zwłaszcza badania oscylometrycznego, które uważa za konieczne dla oceny wyniku leczniczego. Doraźnie stwierdzony korzystny wynik leczenia histaminą tym bardziej powinien być poparty badaniem objektywnym, że z doświadczenia wiemy, że przebieg kliniczny niektórych postaci zwężeń tętniczych na kończynach wykazuje często już pod wpływem spokoju samoistną poprawę, co zresztą ma miejsce u jednego z przedstawionych przypadków, u którego choroba trwa już od 10-ciu lat.

W odpowiedzi doc. Tochowiczowi stwierdza doc. Nowicki, że przedstawiając chorych z naszego oddziału w Towarzystwie Lekarskim nie przytaczamy wszelkich pomocniczych badań wykonanych w danym przypadku. Sądzimy, że jest to zbędne zarówno na posiedzeniach jak i w sprawozdaniach, jeżeli dodatkowe badania istotnie nie wyjaśniają zamierzonego celu pokazu.

W przedstawionych przypadkach zwężeń tętnic nie była badana adrenalina we krwi przede wszystkim ze względu na pewne powojenne trudności połączone z tymi badaniami. Nie należy jednak oczekiwać, aby badania te mogły rozwiązać istotne zagadnienia dotyczące etjologii cierpienia, a tym więcej nie dadzą one ważniejszych wskazówek do leczenia; a te właśnie sprawy rozwiązywaliśmy w przedstawionych przypadkach. Zaburzenia w wydzielaniu adernaliny są wedle wszelkiego prawdopodobieństwa jednym z poważniejszych czynników w powstaniu i rozwoju zwężeń tętnic. W nadnerczu jednak nie są wyłącznie usadowione zmiany, prowadzące do przewlekłego zwężenia tętnic. Wiele przemawia za tym, że inne narządy o wydzielaniu wewnętrznym, a zwłaszcza płciowe mają współudział w etiologii tej choroby. Ważne znaczenie nadnerczy było podkreślone przez chirurga rosyjskiego Oppla, który usuwał operacyjnie te narządy, aby zapobiec postępowi zwężeń tętnic. Zabiegi te odnosiły pewien skutek, lecz nie wstrzymywały w wielu przypadkach na tyle postępu choroby, aby nie zakończyć leczenia odjęciem kończyny.

Do ważnych badań w zwężeniach tętnic, które stale stosujemy w oddziele chirurgicznym, należy oznaczenie czynności naczyń, co uzyskujemy przez mierzenie ciepłoty skórnej po przegrzaniu tułowia i wyłączaniu (blokadzie) zwojów współczulnych lędźwiowych. Badanie to wskazuje dość wiernie jaki jest stan krążenia krwi w odcinkach obwodowych kończyn. Te właśnie tereny są najbardziej upośledzone w odżywianiu, a ich odżywienie jest niezmiernie doniosłe dla przebiegu choroby i jej leczenia.

W ostatnich miesiącach nie stosowaliśmy badań oscylometrycznych ze względu na czasowy brak aparatów. Ten sposób

badania jest pożyteczny, ale nie jest rozstrzygający i nie jest jedynym dowodem przedmiotowym świadczącym o wynikach leczenia, jakby to można wnosić z wywodów kol. Tochowicza. Oscylometria daje wskazówki co do przypływu krwi tylko w pewnych przekrojach kończyn. Nie wiele można z tego badania wnioskować o krążeniu w najbardziej obwodowych częściach, jak palcach. Krążenie w najdrobniejszych tętniczkach i włośniczkach jest, jak to wykazał wielki badacz angielski Lewis, zależne od miejscowej, tkankowej przemiany materii, w której ważną rolę odgrywają ciała podobne do histaminy. W tych obszarach naczyniowych nawet wpływ układu współczulnego nie jest bezpośredni, więc i badania wyłączające nerwy naczynioruchowe są względne. Oscylometria nie daje tutaj w ogóle żadnego wyjaśnienia, bo jeżeli większe pnie tętnicze są zarosłe, to wskaźnik oscylometryczny będzie 0 zarówno przed leczeniem, jak i po leczeniu mimo, że nastąpiła wyraźna poprawa objawów chorobowych. Postęp w leczeniu był bowiem zależny od poprawy krążenia najbardziej obwodowego lub lepszego ukrwienia mięśni.

Niezawodnym i przekonywującym dowodem poprawy u chorych ze zwężeniami tętnic są przede wszystkim objawy kliniczne. Jeżeli chory, który spędzał dotąd bezsenne noce, albo musiał otrzymywać morfinę z powodu bólów, zaczyna spać spokojnie, gdy ustępuje obrzęk na stopie lub kiedy zgorzel się oddziela, a owrzodzenie pokrywa czystą ziarniną i chory może stąpać na nodze, którą przed tym trzymał uniesioną — są to niewątpliwe oznaki polepszenia, Nie wyrzekamy się żadnego sposobu badania, który może poprzeć nasze spostrzeżenia kliniczne i rozświetlić wiele ciemnych zagadnień w tej chorobie, ale nie można nie doceniać znaczenia objawów klinicznych w przebiegu tej choroby.

Postęp w leczeniu zwężeń tętnic, który zdążał rozmaitymi sposobami, był już na kilka lat przed wojną dość znaczny. Przed 20 latami bylibyśmy we wszystkich tu przedstawionych przypadkach odrazu dawali wskazania do odjęcia kończyny w obrębie uda. Histamina nie może dawać zadowalających wyników we wszystkich postaciach zwężeń, ale w wielu z nich skuteczniej pomaga niż inne przed tym stosowane środki. Do takich właśnie przypadków należą dzisiaj przedstawione. Poglądy moje, jak i innych badaczy, na całość leczenia nie są jeszcze zupełnie ustalone. Trudne bywają wskazania do zabiegów operacyjnych. Jeżeli do nich sięgamy, to zawsze po uprzednim leczeniu zachowawczym za wyjątkiem gwałtownego zakażenia kończyny. Właściwym zabiegiem w chorobach tętnic na kończynie dolnej jest wycięcie zwojów współczulnych lędźwiowych. Niestety zdarza się, zwłaszcza wtedy kiedy zgorzel szerzy się bardzo szybko i dołącza się zakażenie, że jesteśmy zmuszeni do odjęcia kończyny.

W odpowiedzi na zapytanie, jakie są najdawniejsze spostrzeżenia przypadków leczonych histaminą, podaję, że trwają one w paru przypadkach najdłużej lat 4.

Wprawdzie leczenie histaminą wprowadziłem jeszcze w r. 1938, lecz wojenne stosunki nie pozwalały na kontakt z chorymi przedwojennymi. Moja wojenna praca w szpitalu prywatnym umożliwiała wprawdzie leczenie zwężeń tętnic histaminą oraz operacyjnie, lecz nie mogłem prowadzić prac badawczych i wskutek tego powstała wojenna luka w badaniach nad tym zagadnieniem.

Dr Kania (z oddziału chirurgicznego Państw. Szpitala św. Łazarza) przedstawia przypadek postrzału brzucha oraz klatki piersiowej i ropniaka opłucnej leczonego penicyliną.

Przed 4 miesiącami została przyjęta na Oddział Chirurgiczny Szpitala św. Łazarza 21 letnia chora z powodu drążącego postrzału brzucha i klatki piersiowej po stronie lewej.

Chora była skrwawiona, w ciężkim wstrząsie, z objawami krwawienia wewnętrznego ze skaleczonej śledziony oraz przestrzału płuca. Po przetoczeniu krwi w ilości 400 cm i po ustąpieniu wstrząsu otwarto jamę brzuszną. Wycięto rozerwaną śledzionę, zaszyto 2 otwory postrzałowe we wpustowej części żołądka na przedniej i na tylnej ścianie, oraz otworów w lewym sklepieniu przepony. Jamę brzuszną zeszyto na głucho.

W przebiegu pooperacyjnym wystąpiły objawy odmy wentylowej w lewej jamie opłucnej. Dla wyrównania narastającego ciśnienia śródopłucnego założono do jamy opłucnej sączek w VII międzyżebrzu sposobem Bülaua. Po przejściowej poprawie stanu chorej, zaczęły narastać groźne objawy ze strony oddychania i krążenia: duszność, sinica, oddechy szybkie i płytkie, tętno nitkowate niepoliczalne, niepokój i zamroczenie. Za radą dra Szczeklika umieszczono chorą w namiocie tlenowym. Po 3 dniach stosowania namiotu objawy groźne ustąpiły.

W dalszym przebiegu zropiał krwiak w opłucnej, a wobec niedostatecznego wydostawania się ropy przez sączek Bülaua, wycięto kawałek VIII żebra i założono do jamy ropniaka grubszy sączek. Ciepłota dochodząca do 39 stopni opadła do stanów podgorączkowych. wydzielina nadal obfita do 300 cm /24 godz. Chora bardzo osłabiona skarży się na bezsenność, brak apetytu. Po 3 miesiącach takiego stanu wystąpiły zwyżki ciepłoty do 39. Rozpoczęto wtedy leczenie penicyliną.

Penicylinę podawano doopłucnowo w roztworze 5 tys. jedn. w 1 ccm soli fizjolog. codziennie przez 6 dni, przez pierwsze 2 dni po 50 tys. j., po czym po 20 tys. j. przez następne 4 dni, łącznie 180 tys. jednostek. W pierwszych 2 dniach leczenia wstrzyknięto penicylinę do jamy opłucnej przez nakłucie klatki piersiowej. Za każdym razem bezpośrednio po wstrzyknięciu nastąpił odczyn w postaci przejściowego uczucia duszności i kaszlu. W następnych 4 dniach wprowadzono penicylinę do jamy opłucnej przez sączek gumowy bez żadnego odczynu. Po ostatnim wstrzyknięciu penicyliny wyjęto sączek z jamy opłucnej, a na pozostałą przetokę założono suchy opatrunek.

W miarę podawania penicyliny szybko zaczęła się zmniejszać ilość ropnej wydzieliny, a kiedy po 4 dniach po ostatnim wstrzyknięciu penicyliny i wyjęciu sączka opatrunek zdjęto, okazało się, iż przetoka jest zagojona.

Ciepłota z 38 st. C. w 3-cim dniu leczenia opadła do poziomu prawidłowego, z najwyższym wzniesieniem wieczornym do 37,2 st. C.

Flora bakteryjna wydzieliny ropnej uległa zmianie: zniknął gronkowiec złocisty, wyhodowany z ropy przed leczeniem penicyliną, w 5 dniu leczenia wyhodowano jedynie pałeczki Gram-ujemne i pałeczkę ropy błękitnej.

Leukocytoza z 19.200 opadła do 11.400 w ostatnim dniu leczenia, a po tygodniu do 8.500.

Zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej wykazuje niedużą ilość płynu w jamie opłucnej.

Obecnie upłynęły 3 tygodnie od ukończenia leczenia penicyliną. Stan chorej uległ uderzającej poprawie. Chora odzyskała siły, apetyt, śpi dobrze, zaczyna chodzić o własnych siłach. Skarży się jeszcze na okresowe bóle promieniujące do lewego barku. Pod wpływem leczenia krótkimi falami, dolegliwości te są mniejsze.

W dyskusji nad przypadkiem przedstawionym przez dra Kanię zabiera głos dr Szczeklik, który omawia wskazania i sposób stosowania tlenoterapii według prof. A. Oszackiego.

Wskazaniem do tlenoterapii według A. Oszackiego jest asfiksja tkanek. Pod słowem asfiksja należy rozumieć zaburzenia w utlenianiu, które polegają na niewystarczającej koncentracji i niedostatecznym ciśnieniu parcjalnym tlenu, występującym u chorych z równoczesnym zaburzeniem równowagi dwutlenku węgla. Rozróżniamy asfiksję pochodzenia egzogenicznego i endogenicznego. Do asfiksji egzogenicznej należy zaliczyć schorzenia, w których z powodu zbyt niskiego ciśnienia barometrycznego przychodzi do niedotlenienia tętniczego (wzniesienia i pobyt na wysokich górach, wzloty samolotem, balonem itp.), jak również przypadki, w których domieszka obcego gazu, jak hel, azot, tlenek węgla do powietrza wdechowego wywołuje zmiany hypoksemiczne. Jeśli chodzi o asfiksję pochodzenia endogenicznego, to należy wyróżnić, zależnie od rodzaju hypoksemii następujące zmiany:

1) Niedotlenienie krwi tętniczej, w którym zawartość tlenu we krwi ulega zmniejszeniu skutkiem zmian w przegrodzie kapilarno-pęcherzykowej (stwardnienie kapilarów tętnicy płucnej), albo skutkiem zmian patologicznych w płucach, które prowadzą do niedodmy płuc i oskrzeli przy czym krążenie płucne w miejscach atefektatycznych jest utrzymane. Do tej grupy schorzeń należą: skleroza tętnicy płucnej i zespół płucno-sercowy, dalej zapalenie płuc, ostro występująca odma samoistna, rozległy wysięk opłucnowy, zapalenie oskrzelików, obrzęk płuc. Zastosowanie tlenu zwłaszcza w ciężkim zapaleniu płuc, obrzęku płuc, zapaleniu oskrzelików, odmie samoistnej, ratuje nieraz życie chorego. Dzieje się to dzięki temu, że zależnie od podanej ilości tlenu, zwiększając zawartość tlenu we krwi, na pewien dłuższy przeciąg czasu dajemy możność ustrojowi do uruchomienia pewnych mechanizmów regulacyjnych, mających na celu zmniejszenie hypoksemii. W przypadkach schorzeń przewlekłych, jak skleroza tętnicy płucnej, lub zespół płucno-sercowy, działanie tlenu jest doraźnie skuteczne, ale ze względu na istotę schorzenia, nie doprowadza do wyleczenia.

2) Niedotlenienie krwi żylnej występuje w niewyrównaniu krążenia. W następstwie zbyt powolnego przepływu krwi przez tkanki, tlen z kapilar ulega dokładniejszemu wessaniu przez

tkanki i stąd przepływająca z tych kapilar krew, zawiera mniej tlenu od normalnej krwi żylnej. Przypadki niewyrównanego krążenia, niezależnie od pochodzenia niewyrównania stanowić też mogą wskazanie do tlenoterapii.

3) Niedokrewność dużego stopnia, bez względu na rodzaj niedokrewności jest wreszcie trzecią grupą schorzeń, w których tlenoterapia jest wskazana. Krew w niedokrewności zawiera mało hemoglobiny, a więc i oksyhemoglobiny, a co zatem idzie — i tlenu. W niewyrównaniu krążenia i w anemiach, nasycenie tlenem krwi tętniczej jest normalne. Podając więc tlen praktycznie nie zwiększamy ilości oksyhemoglobiny Zwiększa się natomiast ilość fizykalnie rozpuszczonego tlenu w osoczu i to w stosunku proporcjonalnym. Jeśli więc normalnie ilość fizykalnie rozpuszczonego tlenu we krwi wynosi 1,5% ilości tlenu związanego z oksyhemoglobiną, to zwiększywszy dwukrotnie tlen w powietrzu wdychanym, zwiększamy dwukrotnie ilość tlenu fizykalnie rozpuszczonego. W praktyce znaczy to tyle, co dwukrotne zwiększenie ilości hemoglobiny.

Leczenie tlenem wprowadzone na Oddział I B Szpit. św. Łazarza w Krakowie przez prof. A. Oszackiego, przeprowadza się od przeszło 8-miu lat, przy pomocy namiotów. Pod szczelnie wokół chorego owinięty „namiot" (składający się z materiału nieprzepuszczającego gazów (wpuszczamy z butli tlenowej tlen w takiej ilości, by jego zawartość pod namiotem wynosiła 40—45%, a zatem by stanowiła około podwójną zawartość tlenu powietrza (21%). Dwukrotne zwiększenie procentu tlenu, zwiększa dwukrotnie jego ciśnienie parcjalne w atmosferze oddechowej, a więc i w pęcherzykach płucnych. Tlen wypuszczamy z butli 40 litrowej, w której znajduje się pod ciśnieniem 150 atmosfer przy pomocy reduktora, sprowadzającego ciśnienie tlenu do 1 atmosfery, przy czym staramy się, by dopływ tlenu pod namiot, wynosił 5 litrów na minutę. Warunkiem należytego funkcjonowania namiotu, jest by ciepłota wewnątrz namiotu, wynosiła 20 do 21°C, zawartość pary wodnej była równa 55%, a zawartość dwutlenku węgla wahała się od 0,5 do 2%. Wymaganiom tym zadość czyni umieszczona w aparaturze przez którą przepływa powietrze wdechane skrzynka z lodem, w której oziębia się rozgrzane powietrze i zarazem skrapla nadmiar pary wodnej i skrzynka z wapnem sodowym służącym do pochłaniania bezwodnika węglowego wydechiwanego przez chorego. W przypadkach, w których wskazaną jest domieszka dwutlenku węgla do tlenu w ilości 3 do 5%, usunięcie skrzynki z wapnem sodowym na krótki przeciąg czasu powoduje nagromadzenie węgla w powietrzu wdechowym (w hypokapnii tj. w stanach zbyt niskiego ciśnienia i koncentracji dwutlenku węgla w tkankach lub nawet w niektórych przypadkach przebiegających z hyperkapnią). W przypadkach, w których konieczne jest leczenie dwutlenkiem węgla, a to (według A. Oszackiego) ze względu na 1) zwiększenie wentylacji płuc, 2) zwiększenie różnicy tętniczo-żylnej w krążeniu małym, 3) zwalczanie sinicy szarej, dopuszcza się dwutlenek węgla pod namiot z osobnej butli z dwutlenkiem węgla.

W dalszym ciągu posiedzenia dr Frydman wygłasza odczyt pt. „Charłactwo z niedożywiania". Prelegent omawia szeroko to zagadnienie i kończy następującymi wnioskami końcowymi:

I. Alimentarna dystrofia jest to stan patologiczny, spowodowany przez niedostateczne odżywianie, zwłaszcza w sensie niewystarczalności kaloryjnej zawartości pożywienia oraz zawartości w nim białka.

II. Cierpienie to może przybierać postać obrzękową, znaną od dawna i postać suchą, opisaną w ostatnich latach; dlatego lepiej używać nazwy „charłactwo z niedożywiania", niż dotychczasowych.

III. Odróżniamy trzy okresy schorzenia: wstępny, czyli pierwszy, drugi — okres pełnego rozwoju obrazu chorobowego i trzeci — kiedy zmiany patologiczne, które zachodzą w narządach stają się nieodwracalne.

IV. Na obraz chorobowy składają się objawy zahamowania czynności wszystkich narządów i tkanek.

V. Biegunki, będące nieraz jednym tylko ze skutków niedożywienia, mogą także zależeć od awitaminozy, a często od powikłania czerwonką.

VI. Odporność ustroju jest wyraźnie osłabiona. W związku z tym powikłania w toku alimentarnej dystrofii mają często nietypowy przebieg.

VII. W patogenezie charłactwa z niedożywienia (alimentarnej dystrofii) najważniejszą rolę gra ogólne niedożywienie a w tym szczególnie niedobór pożywienia białkowego.

VIII. Zaburzenia czynności międzymóżdża stanowią tło, na którym układają się poszczególne objawy. Zaburzenia te grają szczególną rolę w regulacji ciepłoty ustroju i przemiany wodnej.

IX. Śmierć w niepowikłanych wypadkach następuje na skutek upadku i uszkodzenia czynności centralnego systemu nerwowego.

X. Leczenie zasadniczo polega na ostrożnym stosowaniu odpowiedniego odżywiania i podawaniu środków podniecających.

W dyskusji zabiera głos dr Bornstein, po czym dalszą dyskusję z powodu spóźnionej pory odłożono na następne posiedzenie.

Sekretarz: *Zbigniew Oszast* — Prezes: *Franciszek Walter*

LEKARSKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE Akademii Lekarskiej w Gdańsku

Organizacyjne zebranie Towarzystwa odbyło się dnia 8 X 1945 r. w małej sali wykładowej teoretycznych Zakładów Akademii Lekarskiej. Po nakreśleniu zadań i omówieniu sposobu pracy wybrano Zarząd w składzie:

Przewodniczący: Prof. dr Włodzimierz Mozołowski; Zastępca Przewodnicz.: dr Ksawery Rowiński; Sekretarz: dr Janina Belke; Skarbnik: dr Leon Wasilewski: Członek Zarządu: dr Eugeniusz Nowicki.

W związku ze zwiększeniem się prac Zarządu dokooptowano później, jako 6-go członka Zarządu dra Stanisława Wszelakiego.

Działalność Towarzystwa objęła dwa kierunki:

1) Urządzanie zebrań referatowych,

2) Demonstracyj klinicznych.

W okresie poprzedzającym ferie świąteczne odbyło się 7 posiedzeń referatowych, a mianowicie:

I. 6 XI 45 r. Dr St. Michalak: Początki administracji Polskiej na terenie Akademii Lekarskiej w Gdańsku. — Dr L. Wasilewski: Krótki rys dziejów nauczania medycyny w Gdańsku.

Obecnych: Członków 25, Gości 24.

II. 13 XI 45 r. Prof. dr W. Mozołowski: O budowie chemicznej białek.

Obecnych: Członków 33, Gości 15.

III. 20 XI 45 r. Dr. E. Nowicki: O klinicznym znaczeniu proteinaz.

Obecnych: Członków: 32, Gości 16.

IV. 27 XI 45 r. Dr J. Brodzki: Klimat bałtycki w znaczeniu leczniczym.

Obecnych: Członków 35, Gości 18.

V. 4 XII 45 r. Prof. dr K. Michejda: Wczesne rozpoznawanie chirurgicznych schorzeń nerki.

Obecnych: Członków 38, Gości 12.

VI. 11 XII 45 r. Czynności wydzielnicze normalnego żołądka: a) Prof. dr S. Hiller: Budowa histologiczna; b) Prof. dr W. Mozołowski: Niektóre zagadnienia chemiczno-fizjologiczne; c) Dr K. Rowiński: Badania roentgenologiczne; d) Prof. dr K. Michejda: Uwagi chirurga.

Obecnych: Członków 39, Gości 25.

VII. 18 XII 45 r. Dr S. Wszelaki: „Durchgangs lager Ursus", wspomnienia lekarskie. — Dr L. Wa-

silewski: Wspomnienia lekarza z obozu w Oświęcimie.

Obecnych: Członków 38, Gości 34.

W okresie objętym niniejszym sprawozdaniem odbyły się 3 posiedzenia poświęcone demonstracjom klinicznym.

I. 17 XI 45 r. Demonstrowano przypadki:

a) Dr S. Jurewiczowa i dr S. Pawłowski: Rumienia obrączkowego; b) Prof. dr K. Michejda: 2-ch operowanych raków piersi; c) Dr S. Ziemnowicz: Hemofilia.

Obecnych: 46 osób.

II. 24 XI 45 r. Demonstrowano przypadki:

a) Prof. dr K. Michejda: Pozornej niedrożności jelit; b) Dr S. Ziemnowicz: wyleczonych szwem naczyniowym: pękniętego tętniaka naczyniowego i tętniaka tętniczo-żylnego udowego; c) Dr L. Wasilewski: szczególnego perlaka ucha; d) Dr L. Wasilewski: udanej neurotyzacji mięśnia okrężnego ust metodą Leer'a.

Obecnych: 45 osób.

III. 15 XII 45 r. Demonstrowano przypadki:

a) Dr A. Maciejewski: Anus vulgaris; b) Dr J. Belke i dr L. Wasilewski: Zgorzeli policzka w przebiegu duru brzusznego; c) Dr J. Śmigielski: Skazy krwotocznej w przebiegu duru brzusznego; d) Dr L. Herbst: Pourazowej odmy opłucowej i podskórnej.

Obecnych: 40 osób.

Zarówno po referatach, jak i na posiedzeniach klinicznych miała miejsce dyskusja. Wyjątkiem były pod tym względem posiedzenia referatowe w dniach 6 XI i 18 XII 1945 r. ze względu na szczególną treść wykładów i ich uroczysty charakter.

Działalność Towarzystwa nie ograniczała się tylko do lekarzy Akademii, zarówno w wygłoszeniu referatów, jak i w dyskusjach brali udział także i lekarze pracujący poza Akademią. Udział tych kolegów także i w dalszym ciągu jest przewidywany w programie prac Towarzystwa i stanowi wielką pomoc w jego działalności.

Pracę w okresie poświątecznym rozpoczyna Towarzystwo dnia 22 I 46 r. 8-ym posiedzeniem referatowym wykładem dra St. Wszelakiego: O penicillinie.

Sekretarz: Dr *Janina Belke*

Przewodniczący: Prof. dr *W. Mołozowski*

W I A D O M O Ś C I   B I E Ż Ą C E

PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY, Łódź, ul. Wodna 40, tel. 101-17; 101-18; 101-19.

Nr 252. Dyr. 46. W odpowiedzi powołać się na powyższy numer.

Łódź, dnia 19 stycznia 1946 r.

Państwowy Zakład Higieny uruchomił już produkcję szczepionki przeciwgruźliczej (BCG) do stosowania drogą doustną. Szczepionkę tę można otrzymać w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, ul. Chocimska nr 24.

Zaznaczam jednocześnie, że szczepionka ta może być tylko podejmowana przez specjalnych kurierów, gdyż może być stosowana w przeciągu 10 dni od daty wypuszczenia.

Naczelny Dyrektor
Państwowego Zakładu Higieny
(—) Prof. dr *F. Przesmycki*

KURS INFORMACYJNY DLA LEKARZY SPORTOWYCH

Staraniem Ministerstwa Zdrowia zorganizowany został Informacyjny Kurs dla lekarzy sportowych Rzpltej Polskiej.

Kierownikiem Kursu i jednocześnie wykładowcą był znany lekarz-sportowiec dr Wacław Sidorowicz.

Kurs rozpoczął się dnia 21 stycznia 1946 r. i trwał do dnia 2 lutego 1946 r. Odbywały się wykłady teoretyczne, praktyczne-pokazowe, a ponadto lekarze przeprowadzali badania w Poradni Sportowej, połączone z dyskusjami, przy czym każdy lekarz wypowiadał swoje uwagi. Wykłady trwały od godz. 8 rano do godz. 14 włącznie. Po przerwie obiadowej do godz. 17-tej w dalszym ciągu odbywały się ćwiczenia praktyczne (masaż, gry sportowe) i badania sportowców w Y. M. C. A.

Wykładowcami byli: prof. dr Walter, który wygłosił odczyt pt.: Rola skóry w sporcie, prof. dr Miodoński odczyt pt.: Drożność nosa w wychowaniu fizycznym, doc. dr Bożydar Szabuniewicz: Organizm w służbie mięśni, doc. dr Wilczek: Narząd wzroku w sporcie, doc. Dr Zaremba: Urazy i uszkodzenia sportowe, prof. dr Szuman: Zagadnienia psychiczne w rozwoju motoryki ćwiczeń cielesnych i sportu u dzieci i młodzieży, dr Cikowski: Wpływ sportu na kobietę z punktu widzenia ginekologicznego, doc. dr Eug. Stołychwo: Sport kobiety, dr Józef Figna: Sport — jego istota i organizacja, dr W. Sidorowicz: Medycyna sportowa.

Wykłady odbywały się w Klinice chorób wewnętrznych U. J. prof. dr Tempki w sali wykładowej przy ul. Kopernika 15.

Ćwiczenia praktyczne: Gimnastyka emocyjna dla lekarzy, codziennie prowadził prof. Józef Dychtoń, w sali Instytutu Marii przy ul. Pędzichów 16. Ponadto odbywały się pokazy: mgr Maria Laberschek: Pokaz gimnastyki dziewcząt IV kl. gimnazjalnej. Instruktorka Pizłówna: Pokazy gimnastyki w przedszkolu i w szkole powszechnej. Mgr Jan Bugajski: Gry ruchowe. Dr Stoch: Gry sportowe, zaprawa sportowa. — Pływanie 2 razy w tygodniu w Y. M. C. A. pod kierunkiem trainera. — Masaż codziennie: Dr Sidorowicz w Instytucie Balneologicznym, ul. Focha.

Udział brali: 4 lekarzy z województwa warszawskiego, 1 z Gliwic, 1 z Nowego Sącza, 1 z Tarnowa, 1 z Jasła i 14 lekarzy z Krakowa.

Kurs był subsydiowany przez Ministerstwo Zdrowia.

Cel Kursu: ujednostajnienie metod badań lekarskich, w związku z dokonywującą się reorganizacją sportu przez wprowadzenie w życie dekretu o powszechnym obowiązku wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego.

Dr *Karol Strumieński-Bachman*
Gliwice

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobiecych Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kraków, dnia 11. II. 1946 r.

Uprzejmie proszę o łaskawe zamieszczenie niżej zamieszczonej wzmianki:

Klinika Położnicza i Chorób Kobiecych U. J. zwraca się z prośbą do wszystkich lekarzy kierujących chore z rozpoznaniem: Ca genitalium do leczenia Rtg, względnie radem, by zechcieli łaskawie przedtem porozumieć się z Kliniką co do terminu przyjęcia, ze względu na brak miejsca na oddziale rakowym.

Chore zgłaszające się przyjmowane są kolejno, a przyjęcia poza kolejką nie są uwzględniane.

w z. Dyrektora Kliniki
Doc. dr Stępowski Bronisław

Dnia 3 lutego b. r. odbyło się uroczyste otwarcie filii Państwowego Zakładu Higieny w Gdyni przy ulicy I Armii Polskiej 50 (ul. Starowiejska). Uroczystość tę zaszczycili swoją obecnością Minister Zdrowia dr F. Litwin, Wiceminister dr J. Morzycki, delegat Rządu do spraw wybrzeża Minister inż. E. Kwiatkowski, Rektor Akademii Lekarskiej w Gdańsku prof. E. Grzegorzewski, przedstawiciele świata lekarskiego i miejscowych władz.

Na wstępie Naczelny Dyrektor Państwowege Zakładu Higieny Prof. F. Przesmycki wygłosił krótki odczyt o odbudowie Państwowego Zakładu Higieny, zaznaczając, że zniszczony Zakład Higieny wskutek działań wojennych został już całkowicie odbudowany i składa się obecnie z Centrali i 11 filii oraz 5 zakładów produkcyjnych. Liczba wykonywanych badań miesięcznie doszła już do 50.000, czyli przekroczyła liczbę badań wykonywanych w okresie przedwojennym. Zakłady Produkcyjne wytwarzają szczepionki w dostatecznej ilości dla zaopatrzenia Państwa, a pod względem surowic staniemy się zupełnie samowystarczalni w drugiej połowie 1946 roku.

Filia PZH w Gdyni zawdzięczając wysiłkom kierownika filii dra Kazimierza Lachowicza i całego personelu została całkowicie odnowiona i zaopatrzona we wszystkie potrzebne instrumenty dla bieżącej pracy. Filia ta mieści się we własnym gmachu i swoim zewnętrznym wyglądem niczym nie ustępuje pracowniom badawczym na najwyższym poziomie. Filia jest przeznaczona dla obsługi wybrzeża i jest organem fachowym Głównego Urzędu Morskiego.

Nadesłane z Ministerstwa Przemysłu.

UCHWAŁY NATURY ORGANIZACYJNEJ - PRZYJĘTE NA ZJEŹDZIE KIEROWNIKÓW REFERATÓW BEZPIECZEŃSTWA PRACY W DN. 30 I 31 X 1945 R. W KATOWICACH

Zebrani na Zjeździe kierowników referatów bezpieczeństwa i higieny pracy delegaci Centralnych Zarządów Przemysłu. Zjednoczeń i Zakładów wytwórczych, podległych Min, Przem., w dniu 30 i 31 1945 r. w Katowicach, w uznaniu bezpieczeństwa i higieny pracy jako sprawy o dużym znaczeniu ogólnopaństwowym, gospodarczym, społecznym i kulturalnym, stwierdzają że:

1. Realizacja bezpieczeństwa i higieny pracy w organizacji Zakładów wytwórczych zespala się ściśle ze sprawnością i polepszeniem współczynnika pożytecznego działania urządzeń technicznych i ogólną ekonomiką przedsiębiorstwa, a co za tym, z wydajnością i jakością produkcji. W związku z tym:

2. Zebrani wzywają Zakłady wytwórcze, Zjednoczenia i Centralne Zarządy Przemysłu i Energetyki, które dotychczas nie podjęły systematycznej i planowej walki z wypadkami przy pracy oraz o zdrowie robotnika, aby ją podjęły w jaknajkrótszym czasie w/g następujących wytycznych:

Przyjmuje się trzystopniową organizację bezpieczeństwa pracy: a) w zakładzie wytwórczym, b) w Zjednoczeniu i c) w Z. Z. P.

a) Odpowiedzialnym za stan bezpieczeństwa pracy w zakładzie wytwórczym jest „Referat bezpieczeństwa pracy", powołany przez Dyrekcję Zakładu, podlegający bezpośrednio kierownictwu technicznemu.

Organem kontrolującym stan bezpieczeństwa i higieny pracy oraz doradczym dla wspomnianego referatu jest „Koło Bezpieczeństwa Pracy" wyłonione przez porozumienie delegatów Rady Zakładowej z kierownictwem Zakładu.

W skład Koła wchodzą ponadto:

Kierownik referatu bezpieczeństwa pracy,

Lekarz fabryczny wzgl. wykwalifikowany delegat służby sanitarnej,

Łącznik służby przeciw-pożarowej.

Koło bezpieczeństwa pracy współpracuje z Inspektorem pracy.

Koło pełni swe czynności w myśl regulaminu.

b) Celem koordynacji akcji bezpieczeństwa pracy w zakładach wytwórczych, danej branży, powstają w branżowych Zjednoczeniach ośrodki dla kontroli realizacji bezpieczeństwa i higieny pracy na terenie podległych im zakładów pracy. Ponadto do zadań tych ośrodków należy organizowanie szkolenia załogi robotniczej w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, propaganda, inicjowanie wytwórczości sprzętu ochronnego i zabezpieczeń, opracowywanie instrukcji branżowych i przepisów bezpieczeństwa w myśl dyrektyw Centralnego Zarządu Przemysłu, któremu podlegają. Zjednoczenia winny traktować bezpieczeństwo i higienę pracy w zakładach wytwórczych na równi z podstawowymi elementami prawidłowej gospodarki w Zakładach.

c) następny szczebel organizacyjny stanowią ośrodki bezpieczeństwa pracy w Centralnych Zarządach Przemysłu. Opracowują one dla całej swej branży jednolite metody akcji bezpieczeństwa pracy, stosując się do dyrektyw Centralnego ośrodka bezpieczeństwa pracy w Min. Przem. jako centrum planującego, organizującego i kontrolującego pracę w terenie, gromadzącego materiały i doświadczenia terenowe, oraz realizującego potrzebne wydawnictwa w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Zjazd uważa za celowe powołanie przy CZP Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy, których zadaniem byłoby ustalenie wytycznych dla najlepszego rozwiązania sprawy ochrony zdrowia i życia zatrudnionych pracowników w zakładach wytwórczych, podległych Min. Przem. W skład tych Komisji winni wchodzić delegaci Min. Przem., Min. Pracy i Opieki Społecznej, Związków Zawodowych, Państwowej Służby Zdrowia i innych zainteresowanych instytucji.

Uchwały natury ogólnej

Zjazd członków służby bezpieczeństwa pracy uważa, że powinna być przyjęta i przestrzegana w życiu przemysłowym powszechnie obowiązująca zasada, że sprawa bezpieczeństwa i zdrowia pracujących jest czynnikiem równorzędnym z planowością produkcji i wydajnością przy ocenie wyników pracy danego przedsiębiorstwa.

Zjazd uważa, że przepisy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy powinny być opracowane i wprowadzone w życie wg zasad następujących:

1) Wydanie i rozpowszechnienie w terenie przepisów o bezpieczeństwie pracy ogólnie obowiązujących Zjazd uważa za rzecz niezmiernie ważną i pilną.
2) Przepisy ogólne, powszechnie obowiązujące, opracowują władze centralne, przy czym jest rzeczą wskazaną utrzymanie tych przepisów w ramach ogólnych, bez wchodzenia w szczegóły.
3) Zjazd uważa za wskazane, aby przy opracowaniu tych przepisów zostali wezwani przedstawiciele Służby bezpieczeństwa pracy z poszczególnych Zjednoczeń i C. Z. P.
4) Zjazd uważa, że przepisy szczegółowe o bezpieczeństwie pracy powinny opracowywać poszczególne Zjednoczenia branżowe w ramach przepisów ogólnych,

Zjazd uważa za konieczne uaktywnienie działalności w zakresie uruchomienia i znormalizowania produkcji sprzętu ochronnego i urządzeń zabezpieczających i powierzenie kontroli nad tym specjalnej instytucji na wzór dawnej Wzorcowni Urządzeń Ochronnych.

Zjazd zwraca się z apelem do Min. Przem. o interwencję w sprawie wydania przepisów obowiązujących, któreby nakazywały frabrykom produkującym obrabiarki i maszyny robocze, aby maszyny i obrabiarki wypuszczone z fabryk miały zabezpieczenia ochronne. Maszyny więcej skomplikowane, niezależnie od ochron bezpieczeństwa. powinny być zaopatrzone w przepisy o ich bezpiecznej obsłudze.

Zjazd uważa za rzecz niezmiernie ważną powołanie lekarzy fabrycznych w wielkich zakładach wytwórczych, lub przynajmniej stałe periodyczne sprawdzanie stanu urządzeń sanitarnych przez lekarza specjalnie w tym celu przez zakład zaproszonego, z uwzględnieniem potrzeb profilaktycznych.

Zjazd uważa za potrzebne ujednolicenie ewidencji i statystyki wypadków dla należytego wykorzystania tychże dla celów profilaktyki.

Zjazd apeluje do Kierownictwa Związków Zawodowych o najdalej idącą współpracę w zwalczaniu wypadków nieszczęśliwych przy pracy i wpojeniu ogółowi robotników przeświadczenia o konieczności skrupulatnego przestrzegania przez każdą jednostkę obowiązujących w tym zakresie rozporządzeń i przepisów.

Zjazd służby bezpieczeństwa zwraca się do Min. Przem. o interwencję w sprawie przydziału papieru niezbędnego do druku obowiązujących przepisów bezpieczeństwa. Zjazd uważa sprawę przepisów za rzecz podstawową i wstępną do każdej akcji bezpieczeństwa pracy. Bez posiadania przepisów, instrukcji wskazówek, obwieszczeń, plakatów, akcja z góry jest skazana na niepowodzenie. Sprawa przydziału papieru dla celów powyższych musi być traktowana jako potrzeba wyższej konieczności.

Zjazd uważa za konieczne skoordynowanie działalności w zakresie bezp. i hig. pracy prowadzonej przez Ministerstwo Przemysłu, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia i Związków zawodowych, przez uaktywnienie pracy Centralnoj Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy.

Zjazd uważa za konieczne w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa w zakładach pracy okresowe szkolenie załogi robotniczej, a w szczególności nowoprzyjętych i młodocianych oraz nadzoru techniczengo w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy jak również należytego przygotowania nowych kadr wchodzących w życie zawodowe i wprowadzenie do szkolnictwa zawodowego wszystkich stopni jako przedmiotu obowiązującego, specjalnych wykładów o bezpieczeństwie i higienie pracy.

* * *

UPAŃSTWOWIENIE APTEK PONIEMIECKICH.

Ostatnio Wojewódzka Rada Narodowa w Katowicach zastanawiała się nad zagadnieniem zdrowotnym w województwie, stwierdzając, że stan zdrowotności mieszkańców pozostawia wiele do życzenia.

Ubezpieczalnie społeczne na Śląsku obejmują zasięgiem swej działalności blisko 80 procent mieszkańców województwa. Pomoc w zakresie leczniczym, ze strony ubezpieczalni jest jednak minimalna, gdyż Ubezpieczalnia nie posiada własnych aptek.

Ubezpieczeni korzystać więc muszą z aptek prywatnych, które mają rzekomo wydawać lekarstwa na recepty Ubezpieczalni.

W praktyce jest jednak inaczej, gdyż normalnie lekarstwa na receptę ubezpieczalni chory nie otrzymuje. Jest to powszechnie znane zjawisko, że dopiero po zapłaceniu słonej ceny okazuje się, że lekarstwo jest na składzie.

Ponadto lekarze ubezpieczalni przepisują lekarstwa, których cena nie przekracza 50 zł, w przeciwnym razie ubezpieczalnia rozwiązuje kontrakt z takim lekarzem.

To postępowanie — skądinąd wielce niedemokratyczne — spowodowane jest trudnościami, w jakich znalazły się ubezpieczalnie, które nie mogą powiązać końca z końcem.

Z tego też względu Rada powzięła uchwałę, aby na forum KRN, wystąpić o uspołecznienie wielkich aptek poniemieckich, przynajmniej w największych miastach śląskich, jak np. w Katowicach, Chorzowie, Gliwicach, Bytomiu i Zabrzu. (wg K. C. z 9/1 46).

* * *

PRZEMYSŁ ELEKTROMEDYCZNY.

W Ministerstwie Zdrowia odbyła się konferencja z udziałem zainteresowanych przedstawicieli przemysłu w sprawie uaktywnienia produkcji sprzętu elektromedycznego, który w okresie wojny został w wysokim stopniu zniszczony. Fabryki, produkujące roentgeny, pantostaty, diatermie, termometry oraz sprzęt szpitalny, które w większości były w Warszawie, zostały całkowicie spalone i rozgrabione.

Dopiero na krótko przed wojną Polska zaczęła produkować krajowe lampy roentgenowskie. Produkcja ta wymaga jednak wielkiego wkładu środków materialnych oraz doboru sił fachowych.

W r. 1939 wyjechał z ekipą specjalistów do Ameryki prof. Szymanowski, jeden z najlepszych znawców produkcji sprzętu elektromedycznego, celem przestudiowania i udoskonalenia fabrykacji lamp roentgenowskich. Wypadki wojenne stanęły na przeszkodzie powrotowi profesora do Polski.

Obecnie, jako pierwsza w kraju, przystąpiła do montażu roentgenów, pantostatów i diatermii państwowa fabryka aparatów roentgenowskich i sprzętu elektromedycznego „Elektrosan" w Łodzi.

Ministerstwo Zdrowia poleciło utworzyć przy fabryce „Elektrosan" Radę Naukową, do której wejdą profesorowie uniwersytetu i wybitni specjaliści z zakresu roentgenologii. Rada opracuje plan przeszkolenia personelu, będzie posiadała głos doradczy w sprawach produkcji i będzie utrzymywała kontakty z zagranicą w celach naukowych oraz dla specjalizacji fachowców. (wg K. C. z 1/I 46).

* * *

OTWARCIE ZAKŁADU BIOLOGICZNO-EMBRIOLOGICZNEGO

Dn. 16 II 46 przy udziale władz uniwersyteckich i przedstawicieli okręgowych Izb Aptekarskich z Krakowa i Katowic, jak i reprezentantów świata aptekarskiego odbyło się otwarcie Zakładu biologiczno-embriologicznego przy ul. Kopernika 7. Przy Zakładzie mieści się również Oddział zoologii farmaceutycznej.

Dzięki subwencjom udzielonym przez okręgowe Izby Aptekarskie w Krakowie i w Katowicach oraz ofiarności wielu aptekarzy krakowskich jak i Hurtowni farmaceutycznych przeprowadzono całkowity remont zakładu, zniszczonego przez Niemców i przystosowano do prowadzenia prac naukowych.

Kierownik Zakładu w czasie otwarcia złożył gorące podziękowanie mgr Sawickiemu, prezesowi Okr. Izby Aptekarskiej w Krakowie, mgr Twardowskiemu, dyrektorowi Okr. Izby Aptekarskiej w Katowicach oraz mgr Oświęcimskiemu i mgr Friedleinowi, przedstawicielowi komitetu, za pomoc przy uruchomieniu Zakładu. Dzięki ich inicjatywie nie tylko studenci medycyny i farmacji będą mogli w Zakładzie biologiczno-embriologicznym, jak w Oddziale zoologii farmaceutycznej, w pełni korzystać z pracowni, ćwiczeń i pokazów, ale oprócz tego chętni znajdą dogodne warunki do pracy naukowej.

* * *

KURS DLA LEKARZY PRZEMYSŁOWYCH

Staraniem Ministerstwa Zdrowia zorganizował Wydział Lekarski U. J. kurs dla lekarzy przemysłowych i administracyjnych poświęcony schorzeniom warstw pracowniczych.

Kurs ten rozpoczął się 11 II 46 w obecności przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Wydziału Lek. U. J. i Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia wykładem prof. dra Waltera. W kursie ucze-

stniczy 30 lekarzy przemysłowych, kolejowych, Ubezpieczalni Społecznej i samorządowych z całej Polski.

* * *

APTEKI JAKO OŚRODKI PRODUKCJI LEKÓW

W związku ze zniszczeniem przemysłu chemiczno-farmaceutycznego wskutek działań wojennych, dużej ważności nabiera kwestia zaopatrywania ludności w lekarstwa. Wobec tego doniosła jest rola aptek jako ośrodków produkcji leków.

Obowiązujące ustawodawstwo uznaje produkcyjny charakter aptek. Podkreśla to wyraźnie polska ustawa o wykonywaniu zawodu aptekarskiego z dnia 28 marca 1938 r. (Dz. U. R. P. Nr 23 z dnia 7 IV 1945). W związku z tym charakterem apteki stoi naukowa organizacja zawodu, która dopuszcza do wykonywania zawodu aptekarskiego tylko osoby z dyplomem naukowym.

W aptekach prowadzone są prace laboratoryjne, z których na specjalną uwagę zasługuje dział wykonywany w związku z badaniem i sprawdzaniem tożsamości i jakości środków leczniczych. Jest to tym ważniejsze, że obecnie znaczną część specyfików i surowców nabywają apteki w wolnym handlu. Ten sposób zaopatrywania aptek zmusza je do szczególnej ostrożności.

Popieranie istniejących aptek jako ośrodków rodzimej produkcji chemiczno-farmaceutycznej oraz finansowanie nowych placówek aptekarskich leży bezpośrednio w interesie państwa. (wg Dz. P. z 17 II 46.)

* * *

Kurs dla Sióstr Pogotowia Sanitarnego P. C. K. (czteromiesięczny) rozpoczął się w połowie stycznia b. r. staraniem krak. Okręgu PCK. Kurs obejmuje wykłady teoretyczne, praktykę szpitalną i końcowy egzamin.

* * *

Ubezpieczaknie Społeczne na Dolnym Śląsku. Minister Pracy i O. S. powołał dla organizowania Ubezpieczalni społecznych na Dolnym Śląsku szereg komisarzy.

Od połowy września br. rozpoczęto w tym kierunku prace, dzięki życzliwej i daleko idącej współpracy Pełnomocnika Rządu RP na Dolny Śląsk jak również poszczególnych obwodowych Pełnomocników Rządu RP. oraz mimo piętrzących się ze wszech stron trudności, doprowadziły do uruchomienia ubezpieczalni społecznych:

w październiku br. we Wrocławiu przy ul. Krupniczej nr 2, która to Ubezpieczalnia Społeczna obejmuje swym zasięgiem terytorialnym miasta i powiaty: Wrocław, Trzebnica, Oleśnica, Syców, Namysłów, Brzeg, Oława, Środa, Wołów i Milicz;

w listopadzie br. w Wałbrzychu przy ul. Kolejowej nr 3 obejmującej swym zasięgiem terytorialnym miasta i powiaty: Wałbrzych, Jelenia Góra, Kamieniogóra, Świdnica, Rychbach, Strzelin, Ząbkowice, Kładzko i Bystrzyca;

w grudniu br. w Lignicy przy ul. Powstańców 6, obejmującej swym zasięgiem terytorialnym miasta i powiaty: Lignica, Jawor, Lubin, Złotoria, Głogów, Lwówek, Lubań, Zgorzelec, Bolesławiec, Żegań, Żarów, Szprotawa, Kożuchów i Góra.

W pierwszym rzędzie ubezpieczalnie społeczne przystąpiły do zorganizowania pomocy lekarskiej. Sieć lekarska obejmuje cały Dolny Śląsk w ramach organizacyjnych terytorialnie właściwej Ubezp. Społecznej.

* * *

W „Kurierze Codz." pojawił się artykuł A. J. Majdy pt. Lekarz, doktór, czy lekarz medycyny?, który przedrukowujemy w całości.

Młodzież medyczna Uniwersytetu Jagiellońskiego zwróciła się do Ministerstwa Oświaty z memoriałem, domagającym się przyznania absolwentom Wydziałów Lekarskich tytułu doktora medycyny.

Do 1929 r. obowiązywała ustawa, na mocy której świeżo ukończony lekarz otrzymywał tytuł doktora wszech nauk lekarskich. Wszyscy absolwenci z przed 1929 roku tytułują się przeważnie: Dr X Y — lekarz i mają uzasadnione po temu dyplomem swoim prawa. Reforma, która w 1929 r. została przeprowadzona w tym zakresie, zabroniła używania tytułu doktora absolwentowi Wydziału Lekarskiego i zezwalała tylko na używanie tytułu zawodowego: lekarz. Rangę naukową i tytuł doktora medycyny można było uzyskać przez napisanie specjalnej naukowej pracy, podlegającej kwalifikacji wyznaczonej do tego celu komisji.

Ten stan rzeczy nie budzi na ogół większych zastrzeżeń wśród ogółu lekarzy i medyków, co należy pojmować jako wysoki stopień zrozumienia dla godności i ważności nauki. Z biegiem czasu jednak zaczęło się coś psuć w tej hierarchicznej harmonii naukowych stopni. Zdarzały się wypadki że lekarz, który ukończył medycynę przed r. 1929 uprawniony do tytułu doktora (wszech nauk lekarskich) dyskwalifikował swojego kolegę, który miał na swojej tabliczce tylko — lekarz. — Miało to przede wszystkim miejsce po wsiach i miasteczkach, gdzie do dziś każdy lekarz jest nazywany doktorem. Na tej drodze udawało się jednostkom nieuczciwym wywoływać dezorientację w społeczeństwie, której skutkiem była krzywda nieutytułowanego lekarza. Częściej jeszcze zdarzają się wypadki, że lekarze omijają postanowienia ustawy z 1929 r. i piszą na swoich tabliczkach przed nazwiskiem owe „Dr", które im ta ustawa odebrała. Na ogół panuje duża wyrozumiałość dla tego wykroczenia. Widocznie samo życie tłumaczy je w dostatecznym stopniu. Dla lekarza jednak, który tego tytułu bezprawnie używa, sprawa ta ma nieprzyjemny posmak i wytwarza osad niechęci nawet w stosunku do tych bardzo wzniosłych motywów uzasadniających ową kłopotliwą ustawę.

Wreszcie należy podnieść jeszcze jeden ważki moment. Ustawami nie przysporzymy sobie naukowców. Jednostki bez aspiracyj naukowych, a tylko nastawione snobistycznie starają się zdobyć prawo do tytułu doktora medycyny wszelkimi dozwolonymi ale możliwie najłatwiejszymi sposobami. Wskazuje na to np. ogromna ilość prac doktoryzacyjnych na tematy historii i filozofii medycyny. Stoi to w jaskrawym przeciwieństwie do nasilenia się zainteresowań tym przedmiotem na samym wydziale w czasie studiów. Dowodzi to, że znaczna ilość tych prac została napisana przez ludzi nie posiadających w danym przedmiocie zainteresowań w najlepszym razie większych niż przeciętne, a którzy podjęli żmudny trud rozgryzania nieinteresujących ich tematów tylko dla uzyskania tytułu. Czy na tym nie cierpi powaga i godność nauki? Czy w tej ustawie nie zawiera się w takim razie moment deprawujący? Weźmy pod uwagę także i to, że finansowanie pracy doświadczalno-naukowej było przed wojną rzeczą znacznie prostszą, niż dzisiaj. W warunkach wielkiej biedy ogólnej ruch naukowy skazany jest na zamarcie. Kto sobie może dziś pozwolić na organizowanie własnym kosztem zwierzętarni, na utrzymanie królików, psów, świnek morskich czy szczurów? Jaka instytucja dzisiejsza da mu te warunki, skoro sam nie jest w stanie ich wytworzyć, choćby skazał się na powolną śmierć głodową.

Istnieją jednak poważne argumenty za ustawą z 1929 r. Ranga naukowa musi być zasłużona; tego wymaga interes i powaga nauki. Na lekarzy nieuczciwie konkurujących ze swoimi lojalnymi względem prawa kolegami istnieją Izby Lekarskie i opinia publiczna. Na tych, którzy omijają ustawę istnieje prawo karzące. Ciężkie czasy, które warunkują także i kryzys naszej nauki kiedyś się skończą. W takich jednak wypadkach, gdzie dyskusja się toczy wokół tematu nie posiadającego jakiegoś podstawowego, zasadniczego znaczenia, najlepiej pójść na kompromis.

Na takim stanowisku stanęli też studenci Warszawskiego Wydziału Lekarskiego.

Wiec zwołany dnia 17 b. m. w audytorium Kliniki Chorób Skórnych wypowiedział się przytłaczającą większością głosów za przywróceniem ustawy z przed 1929 r. W ten sposób kończący lekarz znów otrzymywałby automatycznie tytuł doktora wszech nauk lekarskich, a tytuł doktora medycyny byłby zarezerwowany dla wyższego stopnia naukowego.

Punkt wyjścia dyskusji był słuszny i zdrowy. Przemówienie kolegi, który oświadczył, że Polsce potrzeba przede wszystkim jaknajwięcej lekarzy, że to jest jej bolączką, a nie brak ludzi utytułowanych, zostało przyjęte entuzjastycznie oklaskami. Ze względu jednak na argumenty przytoczone przez krakowskich kolegów, ze względu także na to, iż opinia publiczna wsi i miasteczek, w których dzisiejsza młodzież medyczna wkrótce zajmie się pracą, identyfikuje każdego lekarza z doktorem, oraz, ze względu na to, że najcięższe ze wszystkich na wyższych uczelniach studia medyczne muszą dawać także i pewien stempel naukowości uprawianego zawodu w odróżnieniu od innych zawodów, które tak wielkiego przygotowania teoretycznego nie wymagają — ogół studentów Wydziału Lekarskiego U. W. postanowił poprzeć żądania kolegów z Krakowa, w tym sensie, że wystosuje także memoriał do Ministerstwa Oświaty, lecz z bardziej umiarkowanymi żądaniami.

WIADOMOŚCI OSOBISTE.

Doc. U. J. Dr Tadeusz Bilikiewicz powołany został na katedrę historii i filozofii medycyny Akademii Lekarskiej w Gdańsku z równoczesnym powierzeniem mu kierownictwa Kliniki Psychiatrycznej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

CZASOPISMA ZAGRANICZNE:

BRITSH MEDICAL JOURNAL, z 12 I 1946. Rola anatomii w czasie wojny: W. Le Gross Clark. — Syntetyczna namiastka chinidyny: G. S. Dawes. — Zatrucie grzybem amanita phalloides: J. Dubash, D. Teare. — Rozpuszczalność sulfonamidów w zależności od koncentracji jonów wodorowych: H. Krebs i J. Speakman. — Maść penicylinowa niskiej koncentracji: G. Boulay. — Medical Memoranda (kazuistyka). — Przegląd książek. — Penicylina w osteomyelitis acuta. — Skutki działania broni „V" na wojska w czasie bombardowania Antwerpii: A. Freeman. — Sprawozdania towarzystw lekarskich. Korespondencja. — Nekrologi. — Sprawy prawno-lekarskie. Uniwersytety i kolegia. — Wiadomości epidemiologiczne. Nowości lekarskie. — Listy, zapytania, odpowiedzi.

Z 19 I 1946: Sprue w Indiach: K. Keele i J. Bound. — Wybuch choroby Weila w armii brytyjskiej we Włoszech: J. Hutchison, J. Pippard, M. Gleeson-White, H. Sheehan. — Pierwotna gruźlica w dzieciństwie: W. Gaisford. — Inteligencja i śmiertelność dzieci przez rodzinę zaniedbanych. — Haemothorax spontaneus: A. Crawford i J. Shafar. — Działy jak w nrze poprzednim.

BRITISH MEDICAL JOURNAL, z 26 I 1946. Major Greenwood: Medycyna społeczna. — S. T. Callender: Nieprawidłowe hemaglutyniny po transfuzji. — J. O'Connell: Kliniczne rozpoznanie protrnsio disc. intervertebr. lumb. — E. Dunlop: Chirurgiczne leczenie czerwonkowych schorzeń jelita u jeńców wojennych w Burmie i Siamie. — P. Ellman: Streptokokowa prosówka płuc (opis przypadku). — Różne: Szczepienie przeciw influenzie. — Międzynarodowa Organizacja Zdrowia. — Sposób działania sulfamidów. — Gościec i nerwica. — Doświadczenia lekarskie w Siamie. — Szpitalnictwo. — Korespondencje. — Różne.

Z 2 II 1946. P. Duke Elder i E. Wittkower: Psychologiczne reakcje u żołnierzy po utracie wzroku jednego oka i ich leczenie. — G. Lehmann i J. Prendiville: Obecność flagellatów w plwocinie w przypadku bronchiectasis. — D. Peters: Pyuria bakteryjna. — G. Howells: Dwa przypadki granuloma amoeb.— R. Quesne: Bakteriologia zakażonych palców. — Różne: Badania nad energią atomową a medycyna. — Nauczanie zoologii na 1-szym roku studium lekarskiego. — Organizacja lecznictwa raka.

Z 23 lutego 1946. J. Duguid: Wydzielanie ustrojów chorobotwórczych drogą przewodów oddechowych. — J. Harkness, J. Houston i R. Whittington: Viscositas plazmy: próba kliniczna. — J. Yudkin: Opis przypadku nieabsorbowania mepacriny. — W. Collis i P. Mac Clanyc: Kilka zagadnień pediatrycznych z obozu Belsen. — H. Links: Spontaniczne pęknięcie wątroby jako komplikacja ciąży. — A. Cohrane: Z psychologii jeńców wojennych. — Streptomycina w gruźlicy. — Dentystyka w publicznej służbie zdrowia.

* * *

PROCEEDINGS of the ROYAL SOCIETY of MEDICINE, nr 1 listopad 1945. A. Clift: Spostrzeżenia nad pewnymi reologicznymi właściwościami wydzielin szyjki macicznej. — M. Donaldson: Kilka nowych faktów dotyczących prognozy i leczenia raka szyjki macicznej radem. — M. Mackensie: Wiadomości o pewnych kierunkach w akcji zdrowia publicznego New Yorku i w Stanach N. Yorku, Massachusetts i Georgia. — R. O. Ward: Pewne chirurgiczne aspekty bilharziasis w urologii. — Historia medycyny: H. Bayon: Lekarska biografia Jean Paul Marat'a — Sekcja eksperymentalnej medycyny i lecznictwa: P. Hartley: Międzynarodowe biologiczne standarty.

Nr 2 grudzień 1945. I. Bennett: Nadciśnienie — prof. N. B. Capon: Szkolenie klinicznych wykładowców. — G. Edwards: Alkohol 3-bromotylowy (awertyna, brometol) 1928—1945. — Z Sekcji Medycyny Porównawczej: W. A. Pool: Tępienie gruźlicy u bydła. Z Sekcji Historii Medycyny: W. Langdon Brown: Kilka rozdziałów z Historii Medycyny — Cambridge-Clifford Allbutt i okres na przełomie IX wieku. — Sekcja Dermatologiczna: J. Wigley: Angioma serpiginosum. — Mac Cormac i J. Wigley: Poikilodermia atrophicans vascularis. — A. Carleton: Pityriasis lichenoides et varioliformis. — E. Hunt: Angiosarcoma Kaposi. — W. Barber: Lymphogranuloma benign. Schaumann. — L. Forman: Reticulosis. — G. Dowling i E. Prosser Thomas: Lupus vulgaris leczony calciferolem.

PROCEEDINGS of the ROYAL SOCIETY of MEDICINE, nr 3 styczeń 1946. Sekcja odontologiczna: R. Cutler: Uwagi w sprawie rozwoju i zastosowania akrylatów w postępowaniu zachowawczym. — Sekcja chirurgiczna: Dyskusja na temat chirurgii ductus arteriosus pat. — Sekcja Historii Medycyny: J. Gloves: Ostry gościec w historii wojskowej. — J. Rolleton: Choroby serca w folklorystyce. — Sekcja proctologiczna: E. Crook: Niespecyficzne granuloma intestinale. — Sekcja Badania chorób Dziecięcych: A. Barlow: Płucna hemosideroza. — A. Barlow: Aneamia refractoria. — W. Payne: Nephrocalcinosis z hyperchloremią. — Ch. Pinckney: Dwa przypadki syndromu Bantiego: hepatomegalia z anemią. — U. James. Zapadnięcie disci intervertebr. po nakłuciu lędźwiowym. — F. King-Lewis. Dwa przypadki zespołu Ehlers-Danlosa. — R. Ellis: Naevus trigemin. i angioma intracran. z hyperteloryzmem. — Sekcja psychiatryczna: Dyskusja: Postępy psychiatrii w armii. — Dyskusja na temat znaczenia diety w chorobach umysłowych.

* * *

Z The LANCET: 17 XI 1945: Alan Moncrieff: Gruźlica wieku dziecięcego. — J. V. Hurford: Pierwotna gruźlica u dzieci jako przyczyna długotrwałego stanu chorobowego. — M. R. Pollock: Przedżółtaczkowe stadium hepatitis infectiosa. — H. A. Dewar i R. Walmsley: T. recurrens z zapaleniem nerek i podpajęczynówkową hemoragią. — P. H. Newman: Wczesne leczenie ran stawu kolanowego. — Tymczasowe doniesienia: Absorbcja węglowodanów w sprue.

Z 24 XI 1945. J. Parkinson: Ostry gościec gorączkowy a choroby serca. — M. Barton i B. P. Wiesner: Ranna ciepłota a płodność kobiet. — L. Halbrecht: Czynność jajników a ciepłota ciała. — P. M. Birks: Zakażenia spatium superfic. palmae manus. — Sydney M. Laird: Leczenie epididymitis. — Tymczasowe doniesienia: M. Barton i B. P. Wiesner: Termogeniczne działanie progesteronu.

Z 1 XII 1945. Terence Millin: Prostatectomia retropubica (Nowa technika extravesikalna). — E. M. Lourie, H. O. J. Collier, A. Boss, R. Nelson i D. Robinson: Ambulatoryjne leczenie wczesnej kiły penicyliną. — Army Malaria Research Unit: Wpływ dużych dawek alkaliów na czynność nerek. — G. T. Steward: Działanie penicyliny na bacillus proteus. — G. Joly Dixon i T. B. S. Dick.: Radiculitis brachialis acuta. — V. C. Medvet: Rozległa calcinosis interstitialis z osteoporosis, scleroderma i dermatomyositis.

Z 8 XII 1945. Forrest Fulton i L. Joyner: Hodowla rickettsia Tsutsugamushi w płucach gryzoniów (myszy i szczurów). — W. Morton: Zatrucie węglanem barowym. — L. Davis i W. Forbes: Thiouracil w ciąży. — B. Kenton. Bezpośrednia laryngoskopia i intubacja do tchawicy.

Z 22 XII 1945. G. James: Doświadczenia psychiatryczne z czynnej służby wojskowej. — T. Anderson i M. Ferguson: Działanie sulfonamidów i penicyliny w zapaleniu płuc. — J. Brailsford: Masowa radiografia. — A. Leishman: Poglądy o sprue (aphte tropic.) wg. doświadczeń. — J. H. Kirkham: Infuzja do v. saphena int. przy kostce. — A. Nelson-Jones i G. Williams: Aseptyczna nekroza w następstwie domięśniowego podania penicyliny. — Str. z J. Amer. med. Ass.: Penicylina w zapaleniu płuc. — W. Russel i Brain: Mowa a prawo- i leworęczność. — H. J. Trenchard: Objawy wczesnej gruźlicy płuc. — I. McAdam, J. Duguid, S. Challinor i A. McCall: Leczenie zakażeń jam surowiczych penicyliną. — W. Thompson: Precypitacyjna metoda leczenia żylaków. — D. Brown: Uszkodzenia menisków.

Z 5 I 1946. Leslie Coll: Prognoza i pacjent. — F. MacCallum i J. Miles: Choroba zakaźna szczurów przez zakażenie ma-

teriałem przypadków hepatitis infectiosa. — W. Grey Walter i V. Dovey: Lokalizowanie podkorowych guzów przy pomocy bezpośredniej elektrografii. — W. Alves i Dyson M. Blair: Schisostomiasis — intenzywne leczenie antymonem. — W. Mills: Leczenie schisostomiasis. — Rhomas Gibson: Duży pocisk tkwiący w twarzy bez większych objawów klinicznych. — J. Lehman: Określenie patogeniczności prątków w gruźlicy przez ich metabolizm. — Kwas paraaminosalicylowy w leczeniu gruźlicy.

The LANCET: Z 12 I 46: Podostry zanik wątroby bez żółtaczki: J. Steward Lawrence. — Działanie pewnych antibiotyków na grzybki patogeniczne: A. G. Sanders. — Acidum mycophenolicum-antibiotyk z penicilium brevi-compactum Dierckx: H. W. Florey, M. A. Jennings, K. Gilliver i A. G. Sanders. — Chirurgia w malarii: E. Parry. — Hepatitis po wstrzykiwaniach penicyliny: L. Howells i J. Olav Kerr. — Plodowa dysplasia kończyn dolnych; nowa operacyjna metoda: H. Eckstein i F. Eckstein. — Penicylina w rzeżączce: S. M. Laird i A. Fieldsend. — Tymczasowe doniesienie: Działanie „Relaxin" u myszy. Sprawozd.: Chemoterapia w gruźlicy. Penicylina w rzeżączce. — Za wiele, czy za mało? (zagadnienie populacyjne).

THE LANCET, z 19 stycznia 1946. R. Mc Cance: Chleb. — J. Bigger: Synergiczne działanie penicyliny i sulfatiazoli na bact. typhi. — H. Herxheimer: Hyperwentylacja płuc w astmie. — R. Meadley i H. Barnard: Penicylina miejscowo w infekcjach gardła. — F. Bradbury: Gruźlica płuc u ludzi w następstwie zakażenia ptasimi prątkami gruźlicy. — R. Vollum i J. Wylie: Zwalczanie czerwonki succinylosulfotiazolami. — P. Karamchandani: Gorączki z grupy dengue w Indiach. — D. Charters: Rana postrzałowa oczodołów.

Z 26 stycznia 1946. J. Boyd: Tężec na afrykańskim i europejskim taetrze wojny. — W. Sheldon: Choroba gruźliczo-gośćcowa. — H. Stuart Barber: Trudności rozpoznawcze gorączki gośćcowej. — J. Eastman Sheehan i J. Jenney: Ciągła epitelizacja na większych przestrzeniach ubytków skóry. — M. Barber i M. Nellen: Erysipeloid Rosenbacha: działanie penicyliny. — J. Spencer, E. Bishop i A. Ricks: Beztłuszczowe galarety jako basis dla penicyliny.

Z 2 lutego 1946. M. Curran, J. Hamilton. W. Poole, E. Thomson: Opieka nad starcami. — D. Robinson, J. Mc Leod i A. Downie: Pył w salach operacyjnych jako możliwe źródło pooperacyjnego zakażenia tężcem. — S. Rainsford: Oznaczanie grup krwi przy pomocy surowicy króliczej. — S. Sherlock: Synteza kwasu hippurowego jako próba funkcji wątroby. — E. Deane: Porównawcza wartość prób tuberkulinowych. — F. Kemp, D. Wilson: Ekologia społeczna okręgu węglowego Radstock.

Z 9 lutego 1946. Ho. Smith, E. Duthie i H. Cairns: Chemoterapia meningitis pneumococcica. — H. Close: Prątki w płynach wysiękowych opłucnej u dorosłej młodzieży. — G. Discombe: Krytéria eozynofilii. — H. Chick, A. Copping i E. Slack: Odżywcza wartość mąki pszenicznej w zależności od stopnia przemiału. — R. Hotston: Zachorowanie na polyneuritis wskutek zatrucia ortotricresylfosforanem.

* * *

BRITISH JOURNAL OF INDUSTRIAL MEDICINE, nr 4 październik 1945. M. Goldblatt: Zawodowe pryszczyce i vesicantia (Vesication and some vesicants): Opis mechanizmu powstawania pryszczyc przemysłowych; technika leczenia. Omawia niektóre związki stosowane w organicznym przemyśle chemicznym, a będące bardzo silnymi vesicantiami, jak: pochodne pyrimidiny, organiczne pochodne arsenowe (arsynów), rtęciowe, siarczyno-alkilów, tioizocyanatów. Stwierdzano wielokrotnie nadwrażliwość skóry wyleczonej po pryszczycy zawodowej na działanie ciał chemicznych. Nadwrażliwość ta uzasadnia szczególną ostrożność w rozstrzyganiu o powrocie do pracy poszkodowanego. W pewnej liczbie przypadków stwierdzono nadwrażliwość skóry na naświetlanie jako następstwo chemicznych pryszczyc.

J. C. Jones i M. J. Day: Kontrola szkodliwości zawodowych przy malowaniu świecących tarcz zegarowych.

Opis szkodliwości zawodowych przy malowaniu wskazówek i cyfr na tarczach zegarków przy użyciu świecącego lakieru zawierającego domieszkę siarczanu radu. Opanowanie tych szkodliwości wymaga fizykalnych pomiarów. Omawia tabele tolerancji ustroju na zawartość radu i stężenie materiału radioaktywnego w atmosferze.

A. Garland i F. Camps: Zatrucie jodkiem metylu. Objawy: nudności, wymioty, biegunka, oliguria, zawroty głowy, zaburzenia mowy i widzenia, ataksja, tremor, zaburzenia świadomości, coma. Jodek metylu wytwarza się z siarczanu 2-metyl, i objawy zatrucia należy przypisać temu ostatniemu. Zatrucie jodkiem metylowym przypomina bardzo zatrucie bromkiem i chlorkiem metylowym, przy czym łatwo o omyłkę polegającą na rozpoznaniu ostrego zatrucia alkoholem. Niektóre sposoby zapobiegania i leczenia.

Jean F. Powell: Współczynnik rozpuszczalności i absorbcji czterochlorku węgla w wodzie, krwi i plaźmie.

R. Williams i E. Capel: Przypadki zakażeń przyrannych w przemyśle.

J. H. Nelson: Idealne warunki widzenia.

Dr J. H.

* * *

CZASOPISMA KRAJOWE:

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI, nr 1 z 7 I 46 T. Orłowski: Penicylina i jej stosowanie w chorobach wewnętrznych. — J. Zeyland: Zasady leczenia gruźlicy płuc u dzieci i młodzieży (wykład). — Doc. dr J. Walawski: Układ krążenia w durze plamistym, w świetle patofizjologii. — Prof. Wł. Filiński: O etiologii i masowej zapadalności na zapalenie nerek kłębkowe w 1945 r. — Dr F. Przytuła: Próba leczenia zakażeń połogowych za pomocą przetaczania krwi. — Prof. W. Chodźko: Przypadek zespołu Plummer Vinsona, leczony pomyślnie laktoflawiną. — E. Rydzewska i M. Szczygielska: O zanieczyszczeniu laboratorium roztoczami kwasotrwałymi, — J. Belke: Zmienność opadania krwinek.

Nr 2 z 14 I 1946. J. Zeyland: O stosowaniu wapnia w gruźlicy. — T. Orłowski: Penicylina i jej stosowanie w chorobach wewnętrzynych(c. d). — Dr J. Zwierz: Badania doświadczalne nad durem osutkowym u dzikich szczurów. — Dr Z. Lejmbach: Wartość praktyczna odczynu bibułkowo-tuberkulinowego. — J. Belk: Szybki odczyn tuberkulinowy. — W. Ostrowski: Pod adresem naszego pismiennictwa lekarskiego. — Dr S. Konopka: Rewir w Gross-Rosen.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI, nr 3/46. Bilikiewicz T.: Czy reforma studiów lekarskich jest potrzebna? — Zeyland J.: O alergii w gruźlicy. — Murczyński Cz.: Granice radiodiagnostyki schorzeń żołądka. — Rydzewska E.: Sprawozdanie z badań szczepów prof. Karwackiego. — Gryglewicz E.: Kilka uwag w sprawie rozpoznawania, profilaktyki i orzecznictwa ołowicy zawodowej. — Streszczenia, Przegląd czasopism, Oceny, Sprawozdania, Kronika.

Nr 4/46. Roguski J.: Wahania ciśnienia w jamie opłucnej. — Kosieradzki K.: Stosowanie fal krótkich w leczeniu chorób naczyń krwionośnych. — Roszkowski I.: Przyczynek do patogenezy zapaleń pochwy. — Zeyland J.: Odczyn tuberkulinowy bibułowy. — Skokowska-Rudolfowa M.: Stan i potrzeby zdrowotne dzieci w Polsce. Nowy środek owadobójczy D. D. T. (dok.). — Streszczenia, Przegląd czasopism, Kronika.

Nr 5/46. Hirschfeld L. i Szejman M.: W sprawie szczepienia przeciwko durowi plamistemu. — Zeyland J.: Pseudoappendicitis rheumatica. — Hartwig H.: Przypadek gorączki gruczołowej, powikłanej zmianami w narz. miąższowych. — Bełkowski J.: Schorzenia układu kostnego jako wyraz awitaminozy. — Streszczenia, Przegląd czasopism, Oceny, Miscellanea, Kronika.

Nr 6/46. Ostrowski W.: Leczenie cierpień chirurgicznych wstrzykiwaniem nowokainy metodą Wiszniewskiego. — Kostuch Z.: O ropniach języka i ich leczeniu. — Krwawicz T.: Charakter i znaczenie komórek Langerhansa w nabłonku przednim rogówki. — Przytuła P.: Czas trwania choroby w zakażeniu połogowym. — Pilczuk P.: Służba zdrowia w Polsce w świetle cyfr. Streszczenia, Przegląd czasopism, Oceny, Sprawozdania, Kronika.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI, nr 7 z 18 II 46. F. Borusiewicz: O plastyce otworu do zatoki szczękowej z podaniem modyfikacji własnej. — Ostrowski W.: Leczenie cierpień

chirurgicznych wstrzykiwaniem nowokainy metodą Wiszniewskiego (dok.). — Dowżenko A.: Rzadkie przypadki znacznej eozynofilii nie pasożytniczego pochodzenia w płynie mózgordzeniowym. — Rydzewska E.: Badanie wartości składników pożywki Petragnaniego dla wzrostu prątków gruźliczych z plwociny. — Medycyna społeczna: Telatycki M.: Małżeństwo a gruźlica. — Cureton Th.: Niska sprawność młodzieży pod względem motorycznym.

Nr 8 z 25 II 46. Melanowski W.: Nowoczesne zagadnienia optyki okulistycznej. — Zaorski J.: Blaski i cienie chirurgii wojennej. — Borusiewicz Fr.: O plastyce otworu do zatoki szczękowej z podaniem modyfikacji własnej (dok.). — Med. społeczna: Telatycki M.: Małżeństwo a gruźlica (dok.).

* * *

NOWINY LEKARSKIE, zesz. 2 z 15 I 46. Nekrolog prof. dra Stefana Horoszkiewicza. — F. Łabendziński: O zimnicy w Poznaniu. — Dr A. Zahradnik: Opis epidemii duru brzusznego we Lwowie w trzecim roku wojny. — E. Małecki: Zastosowanie zawiesin bakteryjnych duru brzusznego dla odczynu Widala. — Dr A. Jankowiak: Cele i zadania lekarza fabrycznego.— Dr S. Wrzyszczyński: O potrzebie i zakresie administracji w praktyce lekarskiej.

NOWINY LEKARSKIE, zesz. 3/46. Nekrolog prof. Wincentego Jezierskiego. — prof. E. Piasecki: Próba gimnastyki niemowląt dokonana na materiale dzieci zdrowych. — dr K. Piotrowski: Przypadek ciąży pozamacicznej donoszonej z żywym dzieckiem. — dr K. Lachowicz: W sprawie higieny społecznej i medycyny spoecznej. — dr Cz. Piekarski: Dział informacyjny: Celowość i umiejętność stosowania leków w lecznictwie społecznym. Komunikaty, informacje.

NOWINY LEKARSKIE, zesz. 4 z 15 II 46. A. Straszyński: Sulfamidy i penicylina w lecznictwie chorób skórnych i wenerycznych.

* * *

SŁOWO LEKARSKIE, (Łódź), z. 1 z grudnia 1945. Dr L. Dzius: Projekt organizacji służby zdrowia w Polsce. — Prof. dr M. Semerau-Siemianowski: Więzy medycyny. — Dr T. Chęciński: Związek Zawodowy Lekarzy w Łodzi, jego powstanie i cele. — Dr J. Szmyt: Wspomnienia lekarza z obozu śmierci w Radogoszczu. — Z działalności Izby lek. w Łodzi. Działalność Sekcji Lek. Związku Zaw. Prac. Służby Zdrowia w Łodzi.

* * *

W SŁUŻBIE ZDROWIA — miesięcznik — organ Nacz. Izby Lek., Izb Okręgowych i Związku Zaw. Prac. Służby Zdrowia. Wydawca: Nacz. Izba Lekarska. Redakcja i Administracja: Warszawa, ul. Koszykowa 37. Redaguje: Komitet Redakcyjny, Redaktor: dr Tadeusz Jan Stępniewski.

Nr. 1. Dr Jan Rutkiewicz, Dr Ludwik Rostkowski: Odbudowa opieki lekarskiej w Polsce na nowych podstawach. — Dr M. Kacprzak: O nasze stanowisko. — Dr Tadeusz J. Stępniewski: Państwowa Rada Zdrowia. — Dr Jan Rutkiewicz: Zniszczenia dokonane przez Niemców w instytucjach lecznictwa publicznego m. Warszawy w latach 1939—1944. — Dr Towpik Józef: Doniosłość społeczna chorób wenerycznych i wytyczne do walki z nimi. — Prof. Dr Władysław Szenajch: Służba opiekuńczo-społeczna w szpitalach. — Dr T. Stępniewski: Wspomnienie. — Lata klęski i walki. — Dr Popowski: Paraliż woli. — Dział urzędowy Izb Lekarskich. — Dział urzędowy Związku Zaw. Prac. Sł. Zdrowia. — Kronika.

* * *

ŚLĄSKA GAZETA LEKARSKA, nr 1/1946. F. Popiolek: Opieka społeczna w przemyśle hutniczo-górniczym na ziemiach polskich (cz. II). — Prof. dr K. Michejda: Wskazania do odejmowania kończyn po ranach postrzałowych. — Dr J. Zigmund: Uszkodzenia minowe. — Dr W. Bincer: Z rozważań epidemiologicznych. — Dr A. Garbień: Operacja plastyczna macicy podwójnej. — Streszczenia.

* * *

MEDYCYNA WETERYNARYJNA, nr 8 z grudnia 1945. W. Stefański: Kilka słów o pozornym wyleczeniu świerzbu u jednokopytnych. — S. Grzycki: Sarcoptes scabiei var. equi u człowieka. — B. Kocyłowski: Przyczynek do biologii włośni w ustrojach ryb słodkowodnych. — T. Żuliński: Zaraza płucna bydła.

MEDYCYNA WETERYNARYJNA, nr 1/46. J. Parnas, Z. Męciński, L. Frenberg, S. Stępkowski: Studia nad przeciwbakteryjnym działaniem niektórych sulfamidów i penicyliny. — L. Fleck: Przyczynek do techniki aglutynacji rickettsjowej. — S. Wadowski: Zaraza stadnicza. — J. Zagajewski: Dezynfekcja w hodowli drobiu. — Cz. Markiewicz: Dwa przypadki anomalli tasiemców. — Dział higieny mięsa: Fr. Czapliński: Gruźlica a ocena mięsa w świetle ostatnich badań i ustawodawstwa niemieckiego. — E. Domański: Ogólne uwagi do chemoterapii chorób zakaźnych.

* * *

DZIENNIK ZDROWIA, nr 8 z 1 grudnia 1946. Okólnik Mtwa Zdrowia z 7 VII 45 w spr. utworzenia referatu opieki nad matką i dzieckiem. — Pismo okólne Mtwa Zdrowia z 21 IX 45 w spr. zorganizowania poradnictwa przeciwreumatycznego. — Pismo ok. Mtwa Zdrowia z 6 XI 45 w spr. koordynacji inspekcji. — Pismo ok. Mtwa Zdrowia w spr. kursu dla lekarzy przy Studium Wychowania Fizycznego w Krakowie. — Pismo ok. Mtwa Zdrowia z 17 XI 45 w sprawie współpracy władz i urzędów w terenie. Okólnik Prezesa Rady Ministrów z 30 X 45 w tejże sprawie. — Dział nieurzędowy: Mr Cyryl Kolago: Statystyka służby zdrowia w chwili obecnej. — Dr P. Szarejko: Utworzenie jednolitego Związku Służby Zdrowia jest palącym zagadnieniem dnia. — Kronika. — Katalog Gł. Bibl. Lek. (c. d.).

Nr 9—10 z 15 grudnia 1945. Okólnik Mtwa Zdrowia z 17 XI 45 w sprawie Robotniczego Twa Przyjaciół Dzieci w akcji zdrowotnej. — Okólnik Mtwa Zdrowia z 22 XI 45 w spr. rejestracji chorób zakaźnych. — Pismo okólne Mtwa Zdrowia z 20 XI 45 w spr. stanu opieki lekarskiej w zakładach dziecięcych. — Pismo ok. Mtwa Zdrowia z 21 XI 45 w spr. objęcia szpitali i sanatoriów zaopatrzeniem zagwarantowanym. — Zarządzenie Ministra Aprowizacji i Handlu z 2 XI 45 o objęciu szpitali i sanatoriów zaopatrzeniem zagwarantowanym. — Pismo ok. Mtwa Zdrowia z 24 XI 45 w sprawie aptek Ubezpieczalni Społecznej — Pismo ok. Mtwa Zdrowia z 24 XI 45 w spr. „Dziennika Zdrowia". — Pismo ok. Mtwa Zdrowia z 24 XI 45 w spr. stosowania obrotów bezgotówkowych. — Pismo ok. Mtwa Zdrowia z 14 XI 45 w tejże sprawie. — Pismo ok. Mtwa Zdrowia z 24 XI 45 w spr. wypłaty podwyżki do uposażenia. — Pismo ok. Mtwa Skarbu z 15 XI 45 w tejże sprawie. — Dział nieurzędowy: Dr T. Kielanowski: Osiedla pracy dla chorych na gruźlicę. — Dr J. Pągowska: Zadania Departamentu Medycyny Społecznej Mtwa Zdrowia w walce z chorobami gośćcowymi. — Wskazówki dla przesyłających materiał do badania histologicznego (w przyp. podejrzenia na nowotwory złośliwe). — Katalog Gł. Bibl. Lek. (c. d.).

DZIENNIK ZDROWIA, nr 1 z 15 I 1946: Okólnik Mtwa Zdrowia z 18 XII 45 w spr. przyznania prawa wykonywania praktyki lekarskiej. — Okólnik Mtwa Zdr. z 6 XII 45 w spr. utworzenia stanowisk referentów wenerologów. — Ok. Mtwa Zdr. z 27 XII 45 w spr. kredytów przeznaczonych na służbę zdrowia. — Ok. Mtwa Zdr. z 29 XII 45 w spr. wynagrodzenia za dyżury nocne i świąteczne. — Ok. Mtwa Zdr. z 20 XII 45 w spr. zasiłków na przesiedlenia lekarzy i personelu pomocn. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 27 XII 45 w spr. dostaw leków i sprzętu sanitarno-szpitalnego UNRRA. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 31 XII 45 w spr. spisów inwentarza w przedsiębiorstwach i zakładach państwowych. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 19 XII 45 w spr. zakazu wywożenia ruchomości z terenów osadniczych. — Okólnik Prezesa Rady Ministrów z 30 XI 45 w spr. zakazu wywożenia ruchomości z terenów osadniczych. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 19 XII 45 w spr. współpracy z Komisją Specjalną do Walki z Nadużyciami. — Okólnik Prezesa Rady Ministrów z 4 XII 45 w spr. współpracy z Komisją Specjalną do Walki z Nadużyciami. — Komunikaty: Zmiany personalne w Zakładzie Centralnym Mtwa Zdrowia, w Urzędach i Zakładach mu podległych. Katalog Gł. Biblioteki Lek. (c. d.).

* * *

PRZEGLĄD ZIELARSKI, nr 3/4 z IX/X 1945. Dr M. Gatty-Kostyal: Wartość lecznicza niektórych roślin polskich (sporysz, wawrzynowiśnia, pięciornik, kurzyślad). — Inż.

A. Wysocka: Produkcja zielarska w dobie obecnej. — Projekt rejonizacji roślin leczniczych i przyprawowych w Polsce (wg inż. M. Chmielińskiej). — Dr I. Turowska: Uprawa rumianku pospolitego. — Inż. M. Chmielińska: Uprawa kozłka lekarskiego.

TOWARZYSTWO CHIRURGÓW POLSKICH W WARSZAWIE

Ścisły Zcrząd Towarzystwa Chirurgów Polskich odbył w dniu 4. III. 46 r. w Warszawie posiedzenie i postanowił podać do wiadomości członkom Towarzystwa co następuje:

1. Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich odbędzie się w dn. 8. 9 i 10 lipca b. r. w Gdańsku na terenie Akademii Lekarskiej w Klinice Chirurgicznej. Uczestnicy, którzy pragną przydziału kwatery ze strony Komitetu Organizacyjnego w Gdańsku, zechcą zgłosić swój udział najdalej do dn. 23. VI. b. r. na ręce prof. K. Michejdy, Gdańsk — Akademia Lekarska.

Tematów programowych Zarząd Towarzystwa nie ustalił z tego powodu, że tematy ustalone na ostatnim Zjeździe we Lwowie w 1939 r. nie mogły być wygłoszone z powodu działań wojennych, na nowe zaś zabrakło czasu. Wobec tego Zjazd wypełnią tematy dowolne.

Treścią referatów mogą być tylko prace oparte na badaniach i spostrzeżeniach własnych. Czas trwania referatu będzie zależał od ilości zgłoszonych referatów, w żadnym razie nie może być dłuższy niż 30 minut. Termin ostateczny zgłaszania referatów do dn. 31 maja b. r. Zgłoszenia referatów należy przysyłać na ręce sekretarza dr Tokarskiego St. Warszawa-Praga, pl. Weteranów 4, lub na ręce prezesa prof. K. Michejdy Gdańsk — bezpośrednio, lub też za pośrednictwem miejscowych Komitetów Zjazdowych na których czele stoją członkowie zaproszeni przez Zarząd w osobach:

Warszawa: prof. Butkiewicz, prof. Zaorski i prof. Mossakowski. — Kraków: prof. Glatzel i doc. Nowicki. — Poznań prof. Dega i doc. Nowakowski.—Lublin: prof. Skubiszewski.— Łódź: prof. Rutkowski.—Wrocław: dr Czyżewski Kazimierz.— Katowice: prof. Bross.—Gdańsk: prof. Michejda i dr Kieturatis.

Dotychczas zgłoszono 12 referatów z Warszawy.

2. Polski Przegląd Chirurgiczny ukaże się w dn. 1 VII. 46 r. jako organ Towarzystwa Chirurgów Polskich wydany przez Instytut Naukowo-Wydawniczy przy Ministerium Zdrowia w Warszawie. Numer będzie obejmował około 200 stronic. Prace do pierwszego numeru należy składać do końca kwietnia b. r. na ręce Komitetów Redakcyjnych w Gdańsku: prof. Michejda i dr Kieturatis, a w Warszawie dr Kossakowski i dr Tokarski.

Prezes: *prof. K. Michejda*   Sekretarz: *dr Tokarski St.*

* * *

Polskie Tow. Badań Nauk. nad gruźlicą komunikuje: W dniu 13 II. r. b. odbyło się doroczne Walne Zebranie Członków Twa, w obecności Sympatyków ze Świata Lekarskiego na którym dokonano wyborów uzupełniających do Zarządu oraz wybrano Komisję Rewizyjną i Sąd Honorowy. Nowoskompletowany Zarząd w dniu 17 II ukonstytuował się następująco: dr Janina Misiewicz — Prezes Twa. dr Michał Telatycki — Wiceprezes, dr Jan Stopczyk — sekretarz, dr Wiwa Jaroszewiczowa — skarbnik, doc. dr Andrzej Biernacki i doc. dr Władysław Ostrowski — członkowie zarządu, dr Eugeniusz Kodejszko i dr Tadeusz Bielecki — zastępcy czł. Zarządu. Adres Prezydium: Warszawa, Płocka 26, Szpital Wolski; Adres sekretariatu: dr Jan Stopczyk Warszawa, Al. Jerozolimskie 75, m. 12. W skład Kom. Rewizyjnej weszli: dr Mikołaj Łącki, dr Józef Gackowski i dr Jan Madej. W skład Sądu Honorowego weszli: Prof. dr Witold Orłowski, dr Piotr Plebańczyk, dr Zdzisław Skibiński, dr Stanisław Stypułkowski, dr Lesław Węgrzynowski.

(—) Zarząd

sięcznie, przy jednoczesnym prowadzeniu pododdziału laryngologicznego Zjednoczonego Szpitala w Dąbrowie Górniczej za wynagrodzeniem w kwocie zł 1000 miesięcznie.

Termin składania ofert do dnia 31 marca 1946 r.

Dyrekcja
Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu

KONKURS

Ubezpieczalnia Społeczna w Rzeszowie ogłasza konkurs na stanowisko Lekarza Administracyjnego i Zastępcy Lekarza Naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Rzeszowie.

Kandydat ubiegający się o nadanie tego stanowiska winien dołączyć do podania następujące załączniki:

1) metrykę urodzenia,
2) poświadczenie obywatelstwa polskiego,
3) dyplom lekarski, uznany przez Państwo Polskie,
4) dowód, stwierdzający prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim,
5) dowód odbycia dwuletniej praktyki szpitaln.,
6) dowód, stwierdzający stosunek do służby wojskowej,
7) świadectwa z poprzedniej ewentualnej pracy administracyjnej,
8) własnoręcznie napisany życiorys.

Podanie z wymienionymi dokumentami (w oryginałach lub wierzytelnych odpisach) należy wnosić pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Rzeszowie, ul. Hetmańska 17, w terminie najpóźniej do 31 marca 1946 r.

w z. Przewodniczący Rady i Zarządu
Ubezpieczalni Społecznej
Tadeusz Ruebenbauer

KONKURS

Ubezpieczalnia Społeczna w Rzeszowie ogłasza konkurs na następujące stanowiska: lekarzy domowych w Łańcucie, Leżajsku, Sieniawie i Błażowej, lekarza specjalistę chirurga w Rzeszowie, lekarzy domowych dentystów w Ropczycach, Sędziszowie i Strzyżowie.

Kandydaci na stanowiska lekarzy Ubezpieczalni winni posiadać kwalifikacje odpowiadające normom ustalonym przez Naczelną Izbę Lekarską i Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Warunki pracy i płacy regulowane są zarządzeniami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, okólnik z 18 kwietnia 1945 r. i 12 września 1945 r. i przepisami „Zasady ogólne umów między Ubezpieczalniami Społecznymi a lekarzami".

Podania wraz z odpisem dyplomu lekarskiego, dowodem odbycia praktyki szpitalnej i własnoręcznie napisanym życiorysem, należy nadsyłać do Ubezpieczalni Społecznej w Rzeszowie ul. Hetmańska 17 a, do dnia 15 kwietnia 1946 r.

Lekarz Naczelny
dr Balicki Wł.

Dyrektor
mgr. Mucha Wł.

Ubezpieczalnia Społeczna w Tarnowie ogłasza

KONKURS

na stanowiska następujących lekarzy:

a) lekarza domowego w Mościcach, pow. Tarnów, 5 godzin pracy dziennie;
b) lekarza domowego w Bochni, 5 godzin pracy dziennie;
c) lekarza specjalisty pediatry w Tarnowie, 5 godzin pracy dziennie;
d) lekarza domowego w Kłaju, pow. Bochnia, 1 godzina pracy dziennie.

Kandydaci na powyższe stanowiska winni dołączyć do podania następujące dokumenty w oryginale lub w uwierzytelnionych odpisach:

1) metrykę urodzenia,
2) dowód obywatelstwa polskiego,
3) dyplom lekarski,
4) dowód prawa wykonywania praktyki lekarskiej,
5) świadectwa z odbytej praktyki lekarskiej,
6) własnoręcznie napisany życiorys.

Podania wraz z wyszczególnionymi dokumentami należy nadsyłać do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Tarnowie w terminie do dnia 15 kwietnia 1946 r. z zaznaczeniem, na które stanowisko dany kandydat reflektuje.

Szczegółowe warunki pracy i płacy będą ustalone przy zawieraniu umowy o pracę na zasadzie umowy zbiorowej.

p. o. lekarz naczelny:
dr Kossobudzki Czesław

p. o. dyrektora:
Kolendowski Marian

Ubezpieczalnia Społeczna w Chrzanowie ogłasza

KONKURS

na stanowisko Lekarza Naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Chrzanowie.

Kandydaci na to stanowisko powinni posiadać kwalifikacje wymagane art. 49 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28-go marca 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr 51 poz. 396) w brzmieniu obowiązującym.

Kandydat na powyższe stanowisko winien posiadać przynajmniej 5 lat praktyki lekarskiej, w tym 3 lata praktyki szpitalnej oraz 5 lat pracy na stanowisku administracyjno-lekarskim, w tym przynajmniej rok w Ubezpieczalni Społecznej.

Dowody powyższej kwalifikacji winne być nadesłane Dyrekcji przy podaniu.

Uposażenie Lekarza Naczelnego ustalone zostalone zostanie zgodnie z obowiązującymi normami przy zawieraniu umowy.

Udokumentowane podania należy nadsyłać pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w zapieczętowanych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko Lekarza Naczelnego" do dnia 15 kwietnia 1946 r. do godz. 12-ej.

Przewodniczący
Tymczasowego Zarządu U. S.
w Chrzanowie

OD REDAKCJ i ADMINISTRACJI

Pomimo częstego przekraczaczania normalnej (24-stronicowej) objętości numerów nie może być w dostatecznie szybkim czasie wykorzystany nagromadzony materiał redakcyjny. Dwutygodnik wychodzi bez jakiejkolwiek subwencji, opierając się tylko na prenumeratach i funduszu prasowym wpłacanym na »Wznowienie Przeglądu Lekarskiego«. Wskutek zwyżki kosztów wydawnictwa pismo nie może pozwolić sobie na przekraczanie normalnej objętości numerów bez równoczesnego, proporcjonalnego podniesienia cen prenumeraty. Niezależne od Redakcji i Administracji trudności techniczno-wydawnicze nie pozwalały też na częstsze wychodzenie numerów i zsynchronizowanie nrów bieżących z datami rzeczywistego wychodzenia spod prasy.

Dla usunięcia tych trudności, Komitet Redakcyjno-Wydawniczy uchwalił podnieść objętość pisma i proporcjonalnie do tego podnieść cenę prenumeraty na:

zł 240 kwartalnie — dla prenumeratorów zwyczajnych;

zł 180 kwartalnłe dla prenumeratorów zbiorowych, członków Krak. Twa Lekarskiego i wpłacających najmniej 500 zł na »Wznowienie Przeglądu Lekarskiego«.

Podwyżka prenumeraty obowiązuje od dnia 1 kwietnia 1946 r.

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC

1. Prace należy nadsyłać możliwie w formie maszynopisów. Zapisywać należy 1 stronicę arkusza. Rękopisy trudno czytelne będą Autorom zwracane. Należy pozostawić większy margines i szersze odstępy między wierszami.

2. Nazwiska autorów należy w pracach wypisywać rozstrzelonym drukiem, a nazwy w obcych językach podkreślić linią falistą (kursywa).

Z uwagi na koszty nakładu należy możliwie unikać układu tabelarycznego tam, gdzie nie wpłynie to ujemnie na przejrzystość tekstu.

3. Prace zbyt długie, których druk zająłby więcej niż 1—2 numerów, nia mogą być ogłaszane ze względu na brak miejsca. Wyjątki są dopuszczalne na koszt Autora, po uprzednim porozumieniu się Autora z Redakcją. Prace nie powinny przekraczać 10—15 stronic maszynopisu.

4. Rękopisy powinny być starannie opracowane pod względem stylu, obowiązującej pisowni i korekty.

5. Autorzy prac oryginalnych otrzymują 15 bezpłatnych odbitek. Większą liczbę odbitek drukuje się na koszt Autora, jeśli wraz z pracą wpłynie na nie zamówienie.

W SPRAWIE REKLAMACJI

I. Prenumeraty Szpitali, Klinik i Instytucji publicznych

Pominą prawidłowej wysyłki pisma nadchodzą do Administracji reklamacje Szpitali, Klinik, Zakładów Leczniczych, Bibliotek, Instytucji, a nawet Prenumeratorów zamieszkałych w powyższych zakładach lub podających na nie swój adres.

Brak podstaw do twierdzenia, aby poczta zawodziła szczególnie gdy chodzi o doręczanie Instytucjom publicznym. Ponieważ przyczyna może leżeć wewnątrz prenumerującej Instytucji (np. podejmowanie przez niepowołane osoby lub oddziały, zaleganie numeru w portierni, pożyczanie pisma i niedoręczanie go itp.). — Administracja zwraca się do PP. Dyrektorów Klinik i Szpitali, Ordynatorów oddziałów szpitali prenumerujących, Kierowników i Naczelnych Lekarzy poszczególnych Instytucji,

1) aby zechcieli zbadać i wykluczyć wewnątrzzakładowe przyczyny usterek w doręczaniu pisma, a następnie dopiero

2) reklamowali przez właściwą doręczającą pocztę, zawiadamiając równocześnie Administrację o wniesionej reklamacji z podaniem nru reklamowanego pisma.

Z powodu niezależnych od Administracji opóźnień w pojawianiu się pisma reklamacje nie powinny być przedwczesne.

Administracja nie może bez przeprowadzenia przepisowej reklamacji przez pocztę wysyłać ponownie zaginionych numerów z powodu wielkich strat, z jakimi połączone jest dekompletowanie roczników.

Przy zamawianiu prenumeraty należy podawać autentyczne brzmienie firmy prenumerującej Instytucji i następnie w korespondencjach, reklamacjach i rozrachunkach trzymać się raz przyjętego brzmienia.

Zmiany brzmienia i adresu prosimy podawać do wiadomości Administracji.

Pożądane jest, aby prenumerująca Instytucja podała Administracji do wiadomości nazwisko i adres odpowiedzialnej osoby, na ręce której możnaby dla niej wysyłać pismo (np. dyrektora, ordynatora itp.), gdyż reklamacje pojedynczych osób są znacznie rzadsze, a doręczanie przez pocztę bardziej prawidłowe.

II. Prenumeraty zbiorowe

Przy wysyłce pisma według podanych Administracji wykazów prenumeratorów zbiorowych (członków Oddziałów Związku Lekarzy Ubezp. Społ.) wraca z powrotem wiele numerów w stanie zniszczonym z dopiskiem poczty: „adresat nieznany“, „wyjechał bez podania adresu“, „odmawia przyjęcia“ itp. — Dowodzi to nieścisłości podanych nazwisk i adresów, niepodawania Administracji zmian tych adresów oraz o niepoinformowaniu wszystkich członków Związku o tym, iż należą do prenumeraty zbiorowej.

Administracja uprasza przeto Oddziały Związku Lekarzy U. S., aby zechciały powiadomić swoich Członków o zbiorowej prenumeracie i zawiadamiały Administrację co miesiąc o zmianach (przybyli, ubyli, zmiany adresu). — Reklamujących należy kierować na drogę bezpośredniego porozumienia z Administracją.

Prenumeratę należy uiszczać z góry